**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**

Il sottoscritto *{name} {surname}*, nato il *{dob\_day}* . *{dob\_month}* . *{dob\_year}*

a *{ldn}* (*{cdn}*),

residente in *{ldr}* ({*cdr*}),

e domiciliato in *{dp}* (*{cpd})* ,

identificato a mezzo *{iam}*

nr. *{iamn}* rilasciato da *{rd}*

in data *{rdid\_day}* .*{rdid\_month}* . *{rdid\_year}* , utenza telefonica *{ut}* , consapevole delle conseguenze penali

previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale **(art. 495 c.p.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* **di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19**( *fatti**salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*)**;**
* **che lo spostamento è iniziato da** *{idp}*

(*indicare l'indirizzo da cui è iniziato*) **con destinazione** *{ida}*

* **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale**;
* **di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del**

**Presidente delle Regione** *{rdp}* **e del**

**Presidente della Regione** *{rda}* **e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti***{cds}*;

* **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19**;
* **che lo spostamento è determinato da:**

{mds\_text}

**A questo riguardo, dichiara che** *{ultdic}*

***(lavoro presso …, devo effettuare una visita medica, urgente assistenza a congiunti o a persone con disabilità, o esecuzioni di interventi assistenziali in favore di persone in grave stato di necessità, obblighi di affidamento di***

***minori, denunce di reati, rientro dall’estero, altri motivi particolari, etc….).***

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data, ora e luogo del controllo**

Firma del dichiarante

L’Operatore di Polizia