I1	sottoscritto	residente in, via				nato il			
		residente in		, via	ı				
ide	entificato a mez	ZZO		nr		ute	enza 1	telefonica	
		, consapevole	delle	conseguenze	penal	li previste	in	caso di	
dic	chiarazioni mer	idaci a pubblico uffi	ciale (a	art 495 c.p.)					
	D	ICHIARA SOTTO	LA P	ROPRIA RES	SPONSA	ABILITÀ			
	comma 1,	del <i>Decreto del Pr</i> ti <u>lo spostamento d</u> nonché delle sanz	esiden lelle p	te del Consigli ersone fisiche	o dei M all'inte	<i>inistri</i> del rno di tutt	9 ma to il 1	arzo 2020 territorio	
		e <i>del Consiglio</i> e <u>ranza</u> (art. 650 C.F							
	> Che lo spo	stamento è determir	nato da						
	o con	nprovate esigenze la	vorativ	re;					
	o situ	azioni di necessità;							
	o mot	ivi di salute;							
	o rien	tro presso il proprio	domic	cilio, abitazione	o reside	enza.			
A	questo rigu	ardo, dichiara c	he _						
,		SO, STO RIENT NA VISITA MEDIC						, DEVO	
Da	ta, ora e luogo	del controllo							
Fir	rma del dichiara	ante				L'Operato	ore di	Polizia	