X4

X3

X2

X1

{DateOfBorn}

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

Il sottoscritto , nato il a ( ),

residente in ( ), via , e domiciliato in ( ), via , identificato a mezzo \_ nr. rilasciato da in data

utenza telefonica , 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** (*indicare l’indirizzo da cui è iniziato*) con destinazione ; **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 della Regione** *(indicare la Regione di partenza)* **e del Presidente della Regione** *(indicare la Regione di arrivo)* **e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti**

*(indicare quale)*;

di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall’art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19;

che lo spostamento è determinato da:

➢

➢

➢

➢

➢

comprovate esigenze lavorative;

**assoluta urgenza (“per trasferimenti in comune diverso”, come previsto dall’art. 1, comma 1, lettera b) del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* 22 marzo 2020);**

situazione di necessità (per spostamenti all’interno dello stesso comune o che rivestono carattere di quotidianità o che, comunque, siano effettuati abitualmente in ragione della brevità delle distanze da percorrere);

motivi di salute.

o o

o

o

A questo riguardo, dichiara che

***(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

{Name}

{PlaceOfBorn}

{ResidenceCity}

{ResidenceAddress}

{DomicileCity}

{DomicileAddress}

{IdentificationType}

{IdentificationNumber}

{IdentificationReleased}

{IdentificationDate}

{PhoneNumber}

{StartPlace}

{EndPlace}

{StartRegion}

{EndRegion}

{Reason}

{Note}

{Note2}