

**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 delle 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.

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