

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 essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dall'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020*, l'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 marzo 2020*, dall'art. 1 dell'*Ordinanza del Ministro della salute 20 marzo 2020* concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020*;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del *decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6* e dell'art. 4, comma 2, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020* in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- che lo spostamento è iniziato da _____
(*indicare l'indirizzo da cui è iniziato lo spostamento*) con destinazione _____;
- 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, come previsto dall'art. 1, comma 1, lett. a) del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020* e art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020*);
 - motivi di salute.

A questo riguardo, dichiara che _____

(*lavoro presso ..., devo effettuare una visita medica, rientro dall'estero, altri motivi particolari, etc....*)

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia