

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

Il/La sottoscritto/a _____,
nato/a il _____ a _____, residente a _____
via _____ e domiciliato/a in _____,
via _____ identificato/a a mezzo _____
n. _____ 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/a alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato/a positivo/a 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 e successive modificazioni ed integrazioni, 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 D.L 25 marzo 2020, n. 19 e ss.m;
- che lo spostamento è determinato da:
 - comprovate esigenze lavorative;
 - assoluta urgenza ("per trasferimenti in comune diverso");
 - 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.
 - incontro con congiunti (come previsto dall'art.1 comma 1, lettera a del Decreto del Presidente del consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020)

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