

AUTOCERTIFICAZIONE
resa ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. n. 445/2000

Il sottoscritto _____, nato il ___/___/___ a _____ (_____),
residente in _____, Via _____, n. _____, e
domiciliato in _____, Via _____, n. _____,
identificato a mezzo _____ nr. _____, rilasciato da _____ il
___/___/___ utenza telefonica _____, **consapevole delle conseguenze penali previste in
caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale** (art. 76, D.P.R. n. 445/2000 e art 495 C.P.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di **non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19** (*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle autorità sanitarie*);
- **Che lo spostamento è iniziato da** _____, Via _____, n. ___ 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 D.L. 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 D.L. 25 marzo 2020, n. 19;
- **Che lo spostamento è determinato da:** (*barrare il caso ricorrente*)
 - **comprovate esigenze lavorative**;
 - **assoluta urgenza** (per “*trasferimenti in comune diversi*”, come previsto dall'art. 1, comma 1, lett. b) del D.P.C.M. 22 marzo 2020);
 - **situazioni 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** (es. *visite mediche e specialistiche; esami, analisi, ecc.*);

A questo riguardo, dichiaro che _____

(es. *Lavoro presso;devo effettuare una visita medica presso; 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, ecc.*).

_____ - ___/___/_____ - Ore _____
(Indicare luogo, data e ora)

(Firma del dichiarante)

(L'Operatore di Polizia)