

## 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:**
  - o **comprovate esigenze lavorative;**
  - o **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*);**
  - o **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);**
  - o **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