

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

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_  
e domiciliato in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_, utenza telefonica \_\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni a pubblico ufficiale (**art. 76 D.P.R. n. 445/2000**)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

- Di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al virus 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 art. 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 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:
  - Comprovate esigenze lavorative;
  - Assoluta urgenza;
  - Situazione di necessità;
  - Motivi di salute;
  - Incontro con i congiunti (come previsto dall'art.1 comma 1 lett. 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 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 minori / Denunce di reati / Rientro dall'estero / Altri motivi particolari / ecc.)

Data, ora e luogo del controllo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_