

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 e 76 D.P.R. N. 445/2000**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)  
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 RESPONSABILITA'**

- di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena anche in conseguenza dell'accertamento della positività al COVID-19 ovvero ad altra misura sanitaria di contenimento del contagio (fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie);
- di essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;
- di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;
- che lo spostamento è determinato da:
  - comprovate esigenze lavorative
  - motivi di salute
  - altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio; (specificare il motivo che determina lo spostamento):

\_\_\_\_\_ ;  
➤ che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)

\_\_\_\_\_ ;  
con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione)

\_\_\_\_\_ ;  
➤ in merito allo spostamento, dichiara inoltre che :

\_\_\_\_\_ ;

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

Firma del/la dichiarante

L'Operatore di Polizia