

Autocertificazione ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445

Il sottoscritto _____,
nato il __. __. __ a _____ (____),
residente in _____ (____), via _____
e domiciliato in _____ (____), via _____, identificato a mezzo
_____ nr. _____ rilasciato/a da
_____ in data __. __. __ utenza
telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di
dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di essere a **conoscenza delle misure di contenimento del contagio** previste dall'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020*, dall'art 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 marzo 2020*, dall'art 1 dell'*Ordinanza del Ministro della salute 20 marzo* concernenti **le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno territorio nazionale**;
- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19** di cui all'art. 1 comma 1 lettera c), del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020*;
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 3 comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 2 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento** (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- che lo spostamento è iniziato da _____
(*indicare l'indirizzo da cui è iniziato lo spostamento*) con destinazione _____
_____;
- Che lo spostamento è determinato da:
 - **comprovate esigenze lavorative**;
 - **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*);
 - **situazioni di necessità** (per spostamenti all'interno dello stesso comune, come previsto dall'art. 1, comma 1 lett. a) del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020*;
 - **motivi di salute**;

A questo riguardo, dichiara che _____

(*lavoro presso....rientro dall'estero, devo effettuare una visita medica, altri motivi particolari, etc.....*).

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia