

Modulo aggiornato al 26/03/2020

**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:**
  - **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*);
  - **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);
  - **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