

**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 \_\_\_\_\_,  
documento di identità \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
rilasciato da \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico  
ufficiale **(art. 495 c.p.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

che lo spostamento è determinato da comprovate esigenze lavorative, svolgendo la propria  
opera lavorativa presso la Farmacia \_\_\_\_\_, sita in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_) via \_\_\_\_\_, aperta durante l'orario notturno.

\_\_\_\_\_  
Data e luogo

\_\_\_\_\_  
Firma del dichiarante