**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 Lombardia e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti: Ordinanze della Regione Lombardia n. 514 del 21.03.2020 e n. 515 del 22.03.2020**;;

**> 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**