**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445**

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, via\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 essere a **conoscenza delle misure di contenimento del contagio** di cui **all’art. 1, comma 1, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* del 9 marzo 2020** concernenti **lo spostamento delle persone fisiche all’interno di tutto il territorio nazionale**, **nonché delle sanzioni previste dall’art. 4, comma 1, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* dell’ 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);**

 Che lo spostamento è determinato da:

o comprovate esigenze lavorative;

o situazioni di necessità;

o motivi di salute;

o rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiara che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*LAVORO PRESSO…, STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN….., DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA… ALTRI MOTIVI PARTICOLARI..ETC…)*

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_