

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____ [YOUR NAME HERE], nato il ____ . ____ . ____ [DOB].
a _____ [PLACE OF BIRTH] (____), residente in _____ [CITY OF RESIDENCE, E.G., GRICIGNANO]
(____), via _____ [STREET ADDRESS] e domiciliato in _____ [CITY OF RESIDENCE REPEATED]
(____), via _____ [STREET ADDRESS REPEATED], identificato a mezzo _____ [TYPE OF ID, E.G., US MILITARY]
nr. _____ [ID NUMBER], rilasciato da _____ [ID ISSUED BY, E.G., DEGLI STATI UNITI]
in data ____ . ____ . ____ [DATE ID ISSUED], utenza telefonica _____ [TELEPHONE NUMBER], 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** _____ [PLACE YOU ARE TRAVELING FROM]
(indicare l'indirizzo da cui è iniziato) **con destinazione** _____ [PLACE YOU ARE TRAVELING TO]
- **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 delle Regione _____ [REGION DEPARTED, E.G. CAMPANIA] (indicare la Regione di partenza) **e del**
Presidente della Regione _____ [REGION ARRIVED, E.G. SICILIA] (indicare la Regione di arrivo) **e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti** _____ [REASON FOR TRAVEL - SEE INSTRUCTION SHEET]
_____ (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;** [TRAVEL FOR WORK]
- **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);** [NECESSITY: FOOD, BANK, POST OFFICE]
- **motivi di salute.** [MEDICAL REASONS]
- A questo riguardo, dichiara che _____ [STATE THE REASON FOR YOUR TRAVEL - SEE INSTRUCTION SHEET]

(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

[SIGN HERE]

L'Operatore di Polizia