**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. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art. 495 c.p.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* Di essere in transito da \_\_\_\_\_\_ proveniente da\_\_\_\_\_\_\_\_ e diretto a\_\_\_\_\_\_ ;
* Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui **all’art. 1, lett. a) del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* dell’8 marzo 2020** concernente **lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all’interno della regione Lombardia e nelle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell’Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso e Venezia**, **nonché delle sanzioni previste dall’art. 4, co. 1, dello stesso decretoin caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);**
* Che il viaggio è determinato da:
  + comprovate esigenze lavorative;
  + situazioni di necessità;
  + motivi di salute;
  + rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiaro che

Sto rientrando al mio domicilio sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lavoro presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Devo effettuare una visita medica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altri motivi particolari \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia