

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_, a  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_,  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato/a  
il \_\_\_\_\_, utenza telefonica \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze  
penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (**art. 495 c.p.**)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITA'**

➤ **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio** di cui al combinato disposto dell'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020* e dell'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**;

➤ **di non essere sottoposto alla misura della quarantena** e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020*;

➤ **di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 2, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 Marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento** (art. 650 del c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);

➤ che lo spostamento 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:

- LAVORO PRESSO \_\_\_\_\_
- STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN \_\_\_\_\_
- DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA \_\_\_\_\_
- ALTRI MOTIVI PARTICOLARI \_\_\_\_\_

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia