



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

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il .....

a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato/a in \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato/a 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 essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti all'adata odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;**
- **di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;**
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art.2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;**

➤ **che lo spostamento è determinato da:**

- **comprovate esigenze lavorative;**
- **motivi di salute;**
- **altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio; (specificare il motivo che determina lo spostamento):**

\_\_\_\_\_ ;  
➤ **che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)**

\_\_\_\_\_ ;

➤ **con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione)**

Presso lo studio odontoiatrico "Pigozzo Odontoiatria" situato in Strada Folciona 1, 27058 Voghera (PV) \_\_\_\_\_ ;

➤ **in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:**

\_\_\_\_\_ .

**Data, ora e luogo del controllo**

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia