**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 documento di riconoscimento \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* del 9 marzo 2020 (il quale rinvia all’art. 1 del Dpcm 8 marzo 2020)** concernente **lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all’interno del territorio nazionale**, **nonché delle sanzioni previste in 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:

- lavoro presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- sto rientrando al mio domicilio sito in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- mi sto recando a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per acquistare beni di prima necessità

- devo effettuare una visita medica presso \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- altri motivi particolari: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data, ora e luogo del controllo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del dichiarante L’Organo di Controllo**

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