**Autocertificazione 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 495 c.p.)**

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

* 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, *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* 9 marzo 2020** concernenti **lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all’interno territorio nazionale;**
* **Di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all’art. 1 comma 1 lettera c), del Decreto del Decreto del *Presidente del Consiglio dei Ministri* 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 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* 8 marzo 2020** **in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 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, dichiara che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*LAVORO PRESSO……………………………………………………………………………………...............*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

*STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN…………………………………………………………*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

*DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA… ……………................................................................*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

*ALTRI MOTIVI PARTICOLARI..ETC…)………………………………………………………….................*

*………………………………………………………………………………………………………………………*

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia