Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

identificato a mezzo nr. \_\_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 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 1,** del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 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