

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000**(Valida solo nel territorio della Regione Siciliana)**

Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8, 9, 11 e 22 marzo 2020

Ordinanze del Presidente della Regione Siciliana 8 e 12 marzo 2020

l sottoscritt_ _____, nat_ il _____

a _____, residente in _____

via _____, e domiciliato in _____

via _____, documento identificativo _____

nr. _____ utenza telefonica _____,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 c.p.) DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**che lo spostamento è iniziato da _____ con destinazione**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da CoViD-19 di cui ai Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08.03.2020 e 11.03.2020, nonché delle limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale, previste dall'Ordinanza del Ministero della Salute del 20.03.2020 e dal Decreto del Presidente del Consiglio del 22.03.2020;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19;
- di non essere sottoposto alla misura dell'isolamento fiduciario (permanenza domiciliare) ai sensi delle Ordinanze del Presidente della Regione Siciliana nn. 3 e 4 dell'8.3.20 e n. 5 del 12.3.2020
- di non essere rientrat_ in Sicilia da altre regioni o dall'estero dopo il 12.3.2020
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste in caso di inottemperanza a quanto previsto dai succitati Decreti e Ordinanze (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);

Che lo spostamento è necessario per: comprovate esigenze lavorative motivi di salute situazioni di necessità (per spostamenti all'interno dello stesso comune, come previsto dai DPCM del 8 e 9 marzo del 2020) assoluta urgenza (per trasferimento verso un comune diverso, come previsto dal DPCM 22 marzo 2020)

A questo riguardo, dichiara che

- LAVORA PRESSO _____
- DEVE EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA IN _____
- ALTRI MOTIVI PARTICOLARI (rientro dall'estero, altri motivi particolari, ecc...): _____

Data, ora e luogo del controllo: _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia