



# Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

Allega/o A

## AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

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, lett. a) del **Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020** concernente lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all'interno della regione Lombardia e nelle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova, Treviso e Venezia, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4, co. 1, dello stesso decreto 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       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...DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA...ALTRI MOTIVI PARTICOLARI ETC...)

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

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

Firma del dichiarante

L'operatore di Polizia

\_\_\_\_\_