

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 dall'8 marzo al 26 aprile 2020

Ordinanze del Presidente della Regione Siciliana dall'8 marzo al 2 maggio 2020

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

- di non essere sottopost a misura della quarantena ovvero di non essere risultat positiv al Covid-19
- 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 del Consiglio dei Ministri emessa dal 08.03.2020 al 26.04.20, dalle Ordinanze del Presidente della Regione emesse dal 8 marzo al 2 maggio 2020, nonché delle limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale in essi previsti;
- 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 loro successive modifiche e integrazioni;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del DL 25.3.20 n. 19.

Che lo spostamento è necessario per:

- comprovate esigenze lavorative
- motivi di salute
- situazioni di necessità (per spostamenti all'interno dello stesso comune o che rivestono carattere di quotidianità o che comunque siano effettuati abitualmente in ragione della brevità delle distanze)
- assoluta urgenza (per i trasferimenti fra Comuni diversi)
- incontro con i congiunti
- partecipazione ad attività sportive di allenamento
- trasferimento stagionale verso seconda casa
- svolgimento di attività agro-pastorali, cura di animali o cura del verde

A questo riguardo, dichiara che

- LAVORA PRESSO _____
- DEVE EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA IN _____
- ALTRI MOTIVI PARTICOLARI (urgente assistenza a persone non autosufficienti, obblighi di affidamento

minori, denuncia di reati, rientro dall'estero, *altri motivi particolari, ecc...*): _____

Data, ora e luogo del controllo: _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia