

**AUTOCERTIFICAZIONE  
AI SENSI DEGLI ARTICOLI 46 E 47 DEL D.P.R. 445/2000.**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, in Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_,  
identificato a mezzo di \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ valido fino al \_\_\_\_\_,  
recapito telefonico \_\_\_\_\_, consapevole delle conseguenze penali previste in caso di  
dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 C.P.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- di essere in transito proveniente da \_\_\_\_\_ e diretto a \_\_\_\_\_;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui all'art. 1, comma 1, lettera a), del D.P.C.M. dell'8 marzo 2020, così come integrato dal D.P.C.M. del 9 marzo 2020, concernente lo spostamento delle persone fisiche sul territorio nazionale;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4, comma 2, del citato D.P.C.M. 08/03/2020, 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;
  - situazioni di necessità;
  - motivi di salute;
  - rientro presso il proprio domicilio/abitazione/residenza.

A tal fine, dichiara:

- di lavorare presso \_\_\_\_\_;
- di rientrare presso il proprio domicilio/abitazione/residenza in località \_\_\_\_\_,  
Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_;
- di dover effettuare una visita medica o accertamento sanitario presso \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- le seguenti circostanze, comprovanti le predette situazioni di necessità: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

Il Dichiarante

L'Operatore di Polizia