

**MINISTERO DELL’INTERNO**

**DIPARTIMENTO DELLA FUNZIONE PUBBLICA**

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47**

**DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 44**

Il sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nato/a il \_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°\_\_\_\_\_\_\_\_ ; utenza telefonica \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 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 e del 09 marzo concernente lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nei territori della repubblica I*taliana*, 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;

[ ] situazioni di necessità;

[ ] motivi di salute;

[ ] rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiaro che

[ ] SONO UN LIBERO PROFESSIONSITA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] LAVORO PRESSO\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] STO' RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ] ALTRI MOTIVI PARTICOLARI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma del dichiarante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ L'Operatore di Polizia \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_