

OGGETTO: **FASE 2, NUOVO MODELLO DI AUTOCERTIFICAZIONE PER GLI SPOSTAMENTI DAL 4 MAGGIO**

Alla luce delle nuove disposizioni è stato aggiornato il modulo di autocertificazione per gli spostamenti dal 4 maggio 2020.

Si segnala che può essere ancora utilizzato anche il modello precedente, barrando le voci non più attuali. Come in precedenza l'autodichiarazione è in possesso delle Forze dell'ordine e può anche essere compilata al momento del controllo.

Dott. Federico Marangoni



0544/280214 (diretto)



347/0972662



marangoni@confimiromagna.it

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto _____, nato il ____ . ____ . ____
a _____ (____), residente in _____
(____), via _____ e domiciliato in _____
(____), via _____, identificato a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____
in data ____ . ____ . ____ , utenza telefonica _____, consapevole delle conseguenze penali
previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19**(fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie);
- **che lo spostamento è iniziato da _____**
(indicare l'indirizzo da cui è iniziato) **con destinazione _____**
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;**
- **di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del**
Presidente della Regione _____ (indicare la Regione di partenza) e del
Presidente della Regione _____ (indicare la Regione di arrivo) e che lo spostamento
rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti _____
(indicare quale);
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19;**
- **che lo spostamento è determinato da:**
 - ☐ - **comprovate esigenze lavorative;**
 - ☐ - **assoluta urgenza;**
 - ☐ - **situazione di necessità;**
 - ☐ - **motivi di salute.**

A questo riguardo, dichiara che _____

Data, ora e luogo del controllo
Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia