Il sottoscritto \_\_\_ nato il a

, residente/domiciliato in \_, Via

Identificato a mezzo\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 essere **a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui al combinato disposto dell'art. 1 *del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020* e dell'art. 1, comma I, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* del 9 marzo 2020** concernenti **lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;**
* **di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera e), del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* dell' 8 marzo 2020;**
* **di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 1, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 c.p, salvo che il fatto non costituisca più grave reato);**
* che lo spostamento è determinato da:
* comprovate esigenze lavorative;
* situazioni di necessità;
* motivi di salute;
* rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiara 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