Il sottoscritto\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** residente 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 1, 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’art. 1, comma 1, lettera c), 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 VISITIA MEDICA…………………………ALTRI MOTIVI PARTICOLARI ETC…..)*

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia