



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

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____ . ____ . ____

a _____ (____), residente in _____

(____), via _____ e domiciliato/a in

_____ (____), via _____,

identificato/a 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 essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;
- ✓ di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;
- ✓ di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;

- ✓ che lo spostamento è determinato da **motivi di salute (visita odontoiatrica) presso lo studio dentistico Cooldent, sito in Avetrana (TA) alla via Piave 56/a**

- che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)

_____;

- in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:

_____.

Data e luogo

Il dichiarante

L'operatore di Polizia
