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**

* essere a **conoscenza delle misure di contenimento del contagio** di cui al combinatodisposto dell'**art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* 8 marzo 2020e dell'art. 1, comma 1, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* del 9marzo 2020** concernenti **lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto ilterritorio nazionale**;
* **di non essere sottoposto alla misura della quarantena** e di non essere risultato positivoal virus COVID-19 di cui all'**articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto delPresidente 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 delPresidente del Consiglio dei Ministri* dell' 8 marzo 2020 **in caso di inottemperanzadelle predette misure di contenimento** (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituiscapiù grave reato);

 Che lo spostamento è determinato da:

o comprovate esigenze lavorative;

o situazioni di necessità;

o motivi di salute;

o 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