AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DPR 445/2000

(Valida solo nel territorio della Regione Siciliana)

Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8, 9 e 11 marzo 2020
Ordinanze del Presidente della Regione Siciliana 8 e 12 marzo 2020

_l_ sottoscritt_ _____,

nat_ il _____ a _____,

residente in _____,

via_____,

documento identificativo (carta di identità, patente, passaporto) _____

nr. _____ utenza telefonica _____,

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 del DPR 445/2000 e art. 495 c.p.) DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

di essere in transito da _____ proveniente da _____ e

dirett_ a _____;

- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio da CoViD-19 di cui all'art. 1, lett. a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020 la cui validità è stata estesa a tutto il territorio nazionale con DPCM del 9 marzo 2020, nonché delle ulteriori misure di prevenzione contenute nel DPCM 11 marzo 2020.**
- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19;**
- **di non essere sottoposto alla misura dell'isolamento fiduciario (permanenza domiciliare) ai sensi delle Ordinanze del Presidente della Regione Siciliana nn. 3 e 4 dell'8.3.20 e n. 5 del 12.3.2020**
- **di non essere rientrat_ in Sicilia da altre regioni o dall'estero dopo il 12.3.2020.**
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste in caso di inottemperanza a quanto previsto dai succitati decreti (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);**

Che lo spostamento è necessario per:

[ ] comprovate esigenze lavorative;

[ ] situazioni di necessità;

[ ] motivi di salute;

[ ] rientro presso il proprio domicilio, o abitazione o residenza

A questo riguardo, dichiara che

- LAVORA PRESSO _____
- STA RIENTRANDO AL DOMICILIO SITO IN _____
- DEVE EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA IN _____
- ALTRI MOTIVI PARTICOLARI _____

Data, ora e luogo del controllo: _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia