

ALLEGATO 2

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46, 47 e 76 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 \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_, 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 RESPONSABILITA'**

- **di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena anche in conseguenza dell'accertamento della positività al COVID-19 ovvero ad altra misura sanitaria di contenimento del contagio (fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie);**
- **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:**
  - **comprovate esigenze lavorative**
  - **motivi di salute**
  - **altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio; (specificare il motivo che determina lo spostamento):**

\_\_\_\_\_;  
➤ **che lo spostamento è iniziato da** (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)

\_\_\_\_\_;  
**con destinazione** (indicare l'indirizzo di destinazione)

\_\_\_\_\_;  
➤ **in merito allo spostamento, dichiara inoltre che :**

Data, ora e luogo del controllo \_\_\_\_\_

Firma del/la dichiarante

L'Operatore di Polizia