Il sottoscritto , nato il \_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Via , identificato a mezzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 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 in transito da \_\_\_\_\_\_\_\_ proveniente da \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e diretto a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;
* Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui **all’art. 1, lett. a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell’8 marzo 2020** concernente **lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all’interno** **dell’intero territorio nazionale ai sensi dell’art. 1 comma 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell’11 marzo 2020, nonché delle sanzioni previste dall’art. 4, co. 1 del D.P.C.M. 8/3/2020, dello stesso decreto in caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato)**;
* Che il viaggio è determinato da:
* comprovate esigenze lavorative;
* situazioni di necessità;
* motivi di salute;
* rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiaro che \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (LAVORO PRESSO \*\* STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN \*\*, DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA \*\*, ALTRI MOTIVI PARTICOLARI \*\*\*)

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia