

Il sottoscritto \_\_\_\_\_,  
nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente in  
\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_,  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato/a  
il \_\_\_\_\_, 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 di contenimento del contagio di cui al combinato disposto dell'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020* e dell'art. 1, comma 1, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020* concernenti lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del *Decreto del Presidente 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 2, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- che lo spostamento è determinato da:
  - comprovate esigenze lavorative;
  - situazioni di necessità;
  - motivi di salute;
  - 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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_