

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000**  
**SAMPLE FORM BY THE PHILIPPINE EMBASSY IN ROME**

Il sottoscritto FIRST NAME & LAST NAME , nato il DATE OF BIRTH  
a PLACE OF BIRTH ( ), residente in PERMANENT ADDRESS  
( ), via \_\_\_\_\_ e domiciliato in PRESENT ADDRESS  
( ), via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo IDENTIFICATION DOCUM  
nr. ID NUMBER , rilasciato da ISSUING AUTHORITY  
in data DATE OF ISSUANCE utenza telefonica TELEPHONE , consapevole delle conseguenze penali  
previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 495 c.p.)

**DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19**(fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie);
- **che lo spostamento è iniziato da** ADDRESS OF DEPARTURE  
(indicare l'indirizzo da cui è iniziato) **con destinazione** ADDRESS OF DESTINATION
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;**
- **di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del**  
**Presidente delle Regione** REGION OF DEPARTURE (indicare la Regione di partenza) **e del**  
**Presidente della Regione** REGION OF ARRIVAL (indicare la Regione di arrivo) **e che lo spostamento**  
**rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti** REASON FOR TRAVELLING  
(indicare quale);
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19;**
- **che lo spostamento è determinato da:**
  - **comprovate esigenze lavorative; PROVEN WORK REQUIREMENTS**
  - **assoluta urgenza; ABSOLUTE URGENCY**
  - **situazione di necessità; SITUATIONS OF NECESSITY ( INCLUDING TRAVEL TO CLOSE RELATIVES)**
  - **motivi di salute. HEALTH REASONS**

A questo riguardo, dichiara che PURPOSE OF TRAVEL  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATE, TIME, AND PLACE OF CHECKING  
**Data, ora e luogo del controllo**  
Firma del dichiarante  
**SIGNATURE OF THE DECLARANT**

L'Operatore di Polizia