

HOW TO FILL-UP THE SELF-DECLARATION

Il sottoscritto FIRST NAME LAST NAME, nato il DATE OF BIRTH a PLACE OF BIRTH, residente in CITY, via ADDRESS, identificato a mezzo TYPE OF ID nr. ID NO. utenza telefonica PHONE NUMBER, 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 all'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, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza** (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- Che lo spostamento è determinato da:
 - comprovate esigenze lavorative; (certified work reasons)
 - situazioni di necessità; (emergency situations)
 - motivi di salute; (health reasons)
 - rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiara che REASON FOR TRAVEL
(LAVORO PRESSO..., STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN....., DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA... ALTRI MOTIVI PARTICOLARI..ETC...)

DATE, TIME AND PLACE OF CHECKING

Data, ora e luogo del controllo

SIGNATURE

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia