SAMPLE FORM BY THE PHILIPPINE EMBASSY IN ROME

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000

Il sottoscritto FIRST NAME & LAST NAME,
nato il DATE OF BIRTH a PLACE OF BIRTH (),
residente in PLACE OF RESIDENCE (), via ADDRESS OF RESIDENCE,
e domiciliato in PLACE OF DOMICILE (), via HOME ADDRESS,
identificato a mezzo TYPE OF ID nr. ID NUMBER
rilasciato da PLACE OF ISSUANCE in data DATE OF ISSUANCE
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 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 ORIGIN
(*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 della Regione** REGION OF DEPARTURE(*indicare la Regione di partenza*) **e del Presidente della Regione** REGIONE OF ARRIVAL (*indicare la Regione di arrivo*) **e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti** PURPOSE OF TRAVEL (ALLOWED UNDER THE DECREE (*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;** DOCUMENTED URGENT WORK NEEDS
 - **assoluta urgenza ("per trasferimenti in comune diverso", come previsto dall'art. 1, comma 1, lettera b) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 marzo 2020);** ABSOLUTE EMERGENCY (TRANSFER TO ANOTHER MUNICIPALITY
 - **situazione di necessità (per spostamenti all'interno dello stesso comune o che rivestono carattere di quotidianità o che, comunque, siano effettuati abitualmente in ragione della brevità delle distanze da percorrere);** SITUATIONS OF NECESSITY
 - **motivi di salute.** HEALTH REASONS

A questo riguardo, dichiara che PURPOSE OF TRAVEL
(lavoro presso ...,
devo effettuare una visita medica, urgente assistenza a congiunti o a persone con disabilità, o
esecuzioni di interventi assistenziali in favore di persone in grave stato di necessità, obblighi di
affidamento di minori, denunce di reati, rientro dall'estero, altri motivi particolari, etc....).

DATE, TIME, & PLACE OF CHECKING
Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante
SIGNATURE OF THE DECLARANT

L'Operatore di Polizia
SIGNATURE OF THE POLICE