



# Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DI PUBBLICA SICUREZZA

**AUTODICHIARAZIONE SPOSTAMENTI**

AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, N. 445

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo  
\_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_  
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, misure estese a tutto il territorio nazionale con il DPCM del 9 marzo 2020 nonché delle sanzioni previste 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 \_\_\_\_\_
- Mi sto recando a \_\_\_\_\_ per comprare beni di prima necessità.

Data, ora e luogo del controllo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia