

SELF DECLARATION ICW ARTICLES 46 and 47, PRESIDENTIAL DECREE N. 445/2000

The undersigned _____, born on (DOB) _____._____._____ in (POB) _____, currently residing in (City) _____ province of (____), street _____ identified by (type and # of document) _____ issued by _____ on _____._____._____, contact phone number _____, being aware of the criminal penalties foresees in case of false statements released to a public official (**art. 495**, Italian Criminal Code)

DECLARES UNDER HIS/HER OWN RESPONSIBILITY

- Of being aware of the **measures to contain the spread** as per article 1 of the DPCM dated 11 March 2020, article 1 of the DPCM dated 22 March 2020, article 1 of the Ordinance signed by the Ministry of Health dated 20 March 2020 regarding **the limitations for the movement of persons to, from and within the entire Italian national territory;**
- **Of not being subjected to a quarantine measure and to not have tested positive for the COVID-19 virus** referred to in article 1, para. 1, letter c) of the DPCM dated 8 March 2020;
- **Of being aware of the penalties provided for by the combined provisions of art. 3, para. 4, of Legislative Decree n. 6 dated 23 February 2020, and art. 4, para. 2, of the DPCM dated 8 March 2020 in case of non-compliance with the aforementioned containment measures** (art. 650 of the Italian Criminal Code unless the fact does not constitute a more serious offense);
- That the movement started from (enter the street address from where you are departing) _____ going to (enter destination address) _____;
- That the movement is determined by:
 - **Proven work requirements;**
 - **Absolute urgency (“for movements to other Municipality”, as per article 1, para. 1, letter b) of the DPCM dated 22 March 2020.**
 - **Situations of necessity (for movements within the same Municipality, as per article 1, para 1, letter a) of the DPCM dated 8 March 2020, and article 1 of the DPCM dated 9 March 2020;**
 - **Health reasons.**

To this regard, I declare that (state reason, see examples listed below)

(work in/at, I am returning home located in, have to go to a doctor’s visit, other special reasons, etc...)

Date, time and place

Sign _____

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

Il sottoscritto _____, nato il _____.____._____ a _____ (____), residente in _____ (____), via _____ e identificato a mezzo _____ nr. _____, rilasciato da _____ in data _____.____._____, 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** previste dall'art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020, l'art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 marzo 2020, dall'art. 1 dell'Ordinanza del Ministro della salute 20 marzo 2020 concernenti **le limitazioni alle possibilità di 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 8 marzo 2020;
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art.4, comma 2, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 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 iniziato da _____ (indicare l'indirizzo da cui è iniziato lo spostamento) con destinazione _____;
- che lo spostamento è determinato da:
 - **comprovate esigenze lavorative;**
 - **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);**
 - **situazione di necessità (per spostamenti all'interno dello stesso comune, come previsto dall'art. 1, comma 1, lett. a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020 e art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020);**
 - **motivi di salute.**

A questo riguardo, dichiara che _____

_____ (lavoro presso ..., devo effettuare una visita medica, rientro dall'estero, altri motivi particolari, etc...)

Data, ora e luogo del controllo

Firma _____