

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 foreseen in case of false statements released to a public official (**art. 495**, Italian Criminal Code)

DECLARES UNDER HIS/HER OWN RESPONSIBILITY

- Of not being subjected to a quarantine measure and to not have tested positive for the COVID-19 virus (with the exception of movement ordered by health officials);
- That the movement started from (enter address) _____ going to (enter destination address) _____
- Of being aware of the **current measures to contain the spread** as per articles 1 and 2 of legislative decree dated 25 March 2020 n. 19, regarding **the limitations for the movement of persons to, from and within the entire Italian national territory**;
- **Of being aware of the further restrictions ordered by the provisions of the Governor of the Region** (enter name of Region you are departing from) _____ and the Governor of the Region (enter name of the Region you are going to) _____ and that your movement is foreseen in the permitted cases included in the above-mentioned provisions (state reason of movement): _____.
- **Of being aware of the penalties provided for by the provisions of art. 4, of legislative decree n. 19 dated 25 March 2020;**
- That the movement is determined by:
 - **Proven work requirements;**
Absolute urgency (for movements to another Municipality, as per article 1, para 1, letter b, DPCM dated 22 March 2020;
 - **Situations of necessity (for movements within the same Municipality, that may occur on a daily basis, or that may occur regularly based on a short-distance);**
 - **Health reasons.**

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

(I work in/at, I have a medical appointment, assist a family member or person with special needs, provide assistance to a person out of necessity, foster care of a minor, report a crime, returning home from abroad, other special reason, 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 non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19** (*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*);
- **che lo spostamento è iniziato da** _____
(indicare l'indirizzo da cui è iniziato lo spostamento) con destinazione _____
_____;
- **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** _____ (indicare la Regione di partenza) **e del Presidente della Regione** _____ (indicare la Regione di arrivo) **e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti** _____
_____ (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;**
 - **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, o che rivestono carattere di quotidianità o che, comunque, siano effettuati abitualmente in ragione della brevità delle distanze da percorrere);**
- **motivi di salute.**

A questo riguardo, dichiara che _____

(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...).

Data, ora e luogo del controllo

Firma _____