

La/il sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_,  
residente a \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_\_  
nr. \_\_\_\_\_, 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 in transito da \_\_\_\_\_ proveniente da \_\_\_\_\_ e  
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 in  
entrata, in uscita, nonché all'interno della Regione Lombardia e nelle province di Modena, Parma, Piacenza,  
Reggio nell'Emilia, Rimini, Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli,  
Padova, Treviso e Venezia, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4, co. 1, dello stesso decreto 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<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Lavoro presso \_\_\_\_\_ / Sto rientrando al mio domicilio sito in \_\_\_\_\_ / Devo effettuare una visita medica \_\_\_\_\_ / Altri  
motivi particolari quali \_\_\_\_\_.