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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_(Name Surname)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , nato il \_\_(Birthdate). \_\_\_\_\_ a \_(City Of Birth)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_ City of residence \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Address of residence )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_(Domicile city) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(\_\_\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(Domicile Address)\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identificato a mezzo \_\_\_\_ Type of document (Passport/Id) \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_(Passport/id number)\_\_\_\_\_\_\_\_, rilasciato da \_
 (Country of release)\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in data (Document release date)\_ , 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 essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all’interno del territorio nazionale;
* di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;
* di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall’art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall’art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;
* che lo spostamento è determinato da (Pick what is the reason of your movement: work, abolute urgency, necessity, health reason):
1. comprovate esigenze lavorative;
2. motivi di salute;
3. altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio; (specificare il motivo che determina lo spostamento)

(insert motivation: es: I work at office x of SISSA… , I am professor/ researcher at SISSA, I have to perform a medical examination… other special reasons.. etc…)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* che lo spostamento è iniziato da (indicare l’indirizzo da cui è iniziato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ address you’re leaving from;
* con destinazione (indicare l’indirizzo di destinazione) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Address you’re going
* in merito allo spostamento, dichiara inoltre che: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_other\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**\_\_\_\_\_\_\_\_(**Do not fill in**)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Data, ora e luogo del controllo**

 Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia