**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 non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19**(*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*)**;**
* **che lo spostamento è iniziato da** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ address you’re leaving from \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*indicare l'indirizzo da cui è iniziato*) **con destinazione** \_\_ Address you’re going to)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **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 delle Regione** \_\_\_\_\_\_Region you’re leaving\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*indicare la Regione di partenza*) **e del**

**Presidente della Regione** \_\_\_\_\_\_\_\_ Region you’re going to\_\_ (*indicare la Regione di arrivo)* **e che lo spostamento**

**rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti** \_\_\_\_\_\_\_\_(Pick what is the reason of your movement: work, abolute urgency, necessity, health reason)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (*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;**

o

* + **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**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (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…)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***(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….).***

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

**Data, ora e luogo del controllo**

 Firma del dichiarante L’Operatore di Polizia