

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

Il/La sottoscritto/a _____ ,
nato/a il ____ . ____ . ____ a _____ (_____), residente in
_____ (_____), via _____ e
domiciliato/a in _____ (_____), via _____ ,
identificato/a 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 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:**
 - **motivi di salute;**
- **che lo spostamento è iniziato da** (*indicare l'indirizzo da cui è iniziato*)

➤ **con destinazione : ISTITUTO FISIOTERAPICO ORTOPEDICO CAMPANO SRL
(CENTRO DI FISIOTERAPIA DR. DE SIMONE) IN VIA CIRCUMVALLAZIONE,
129 AVELLINO TEL. 0825/32129**

➤ **in merito allo spostamento, dichiara inoltre: DI ESSERE IN CURA PRESSO IL
SUDETTO CENTRO DI FISIOTERAPIA**

Data, ora e luogo del controllo _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia
