

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:**

- comprovate esigenze lavorative;**
- motivi di salute;**
- 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):**

Motivi di salute

_____;

➤ **che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)**

_____;

➤ **con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione)**

CENTRO MEDICO REVITAL Via Cavour 2, 39012 Merano

_____;

➤ **in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:**

spostamento per visite mediche di controllo, analisi ematochimiche, terapie con finalità preventive o profilattiche

_____.

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia