

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

sottoscritt _____, nat il _____ a _____, residente in _____ a _____ (____) e domiciliat in _____
identificat 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 (VISITA ODONTOIATRICA) in data _____ presso sito in _____ - (____)

che lo spostamento è

- iniziato da _____
- con destinazione _____ - (____)
- in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia