



sangiovanni
Centri Fisioterapici

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

Il sottoscritto/a _____, nato/a il _____
a _____ (_____), residente in via _____
a _____ (_____), identificato/a a mezzo _____
nr. _____, rilasciato da _____ in data ____/____/____,
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 MEDICA E/O TERAPIA FISIOTERAPICA)
in data _____ presso **Sangiovanni Centro Fisioterapico** sito in

- Loano, via Azzurri d'Italia 15;
 Cairo Montenotte, via Baccino (dietro l'ospedale);

e che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato) _____;

in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:

Data, ora e luogo del controllo _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia
