



**Comune di Palma di Montechiaro**  
*Città del Gattopardo*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_, rilasciato/a  
il \_\_\_\_\_, 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 di contenimento del contagio** di cui al combinato disposto dell'**art. 1 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020 e dell'art. 1, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020** concernenti **lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale**;
- **di non essere sottoposto alla misura della quarantena** e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'**articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020**;
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 2, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento** (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);

che lo spostamento è determinato da:

- comprovate esigenze lavorative
- situazioni di necessità;
- motivi di salute;
- rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiara che:

*(LAVORO PRESSO..., STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN....., DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA... ALTRI MOTIVI PARTICOLARI..ETC...)*

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia