



( D.P.C.M. 9 MARZO 2020 )

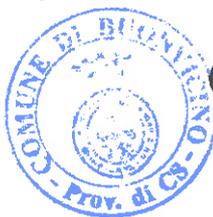
NUOVE MISURE PER L'INTERO TERRITORIO NAZIONALE PER IL CONTENIMENTO E CONTRASTO DEL DIFFONDERSI DEL Covid - 19

## AVVISO AL PUBBLICO

SI INFORMANO I CITTADINI CHE A SEGUITO DEL DPCM SOPRA INDICATO, E' DISPONIBILE APPOSITO **MODULO DI AUTOCERTIFICAZIONE NAZIONALE NECESSARIA PER GLI SPOSTAMENTI DA UN COMUNE ALL'ALTRO PER COMPROVATE ESIGENZE LAVORATIVE, CASI DI NECESSITA' E MOTIVI DI SALUTE.**

DETTO MODULO E' SCARICABILE DAL SITO ISTITUZIONALE DI QUESTO COMUNE E DALLA SUA PAGINA FACEBOOK E PUO' ESSERE ANCHE RITIRATO PRESSO L'UFFICIO DI POLIZIA MUNICIPALE DALLE ORE 9 ALLE ORE 13.

Buonvicino, li 10/3/2020



IL SINDACO

( dott.ssa Angelina BARBIERO )

**AUTOCERTIFICAZIONE NAZIONALE**  
**PER GLI SPOSTAMENTI DA UN COMUNE ALL'ALTRO PER COMPROVATE**  
**ESIGENZE LAVORATIVE,**  
**CASI DI NECESSITA' E MOTIVI DI SALUTE**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_, via \_\_\_\_\_  
identificato/a a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_  
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 all'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, nonché delle sanzioni previste dall' art. 4, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza** (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* \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_ ora \_\_\_\_\_

Luogo del controllo \_\_\_\_\_

Firma del dichiarante  
Da apporre davanti al pubblico ufficiale

L'Operatore di Polizia

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_