

## **Filling example** **self-declaration pursuant to Articles 46 and 47** **of Presidential Decree no. 445/2000**

1. Name First name
2. Date of birth (dd/mm/yyyy)
3. Place of birth (country)
4. Place of residence (country)
5. Address
6. For non-IT citizens= residence + address
7. identification document (driver's license / ID / passport etc.)
8. Number of the identification document
9. Issuing authority of the identification document
10. Date of issue
11. Phone number
12. Departure terminal (Novara / Freiburg)
13. Destination terminal (Freiburg / Novara)
14. Place of departure
15. Destination
16. Can be left open
17. tick off reason for travel
  - a. Work
  - b. absolute urgency
  - c. Emergency situation
  - d. Health reasons
18. Explain reason for travel
19. Date, time and place of inspection

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

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, nato il \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_), residente in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_ e domiciliato in \_\_\_\_\_  
(\_\_\_\_), via \_\_\_\_\_, identificato 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 non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19**(fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie);
- **che lo spostamento è iniziato da \_\_\_\_\_**  
(indicare l'indirizzo da cui è iniziato) **con destinazione \_\_\_\_\_**
- **di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna ed adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto legge 25 marzo 2020, n.19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;**
- **di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del**  
**Presidente della Regione \_\_\_\_\_ (indicare la Regione di partenza) e del**  
**Presidente della Regione \_\_\_\_\_ (indicare la Regione di arrivo) e che lo spostamento**  
**rientra in uno dei casi consentiti dai medesimi provvedimenti \_\_\_\_\_**  
(indicare quale);
- **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19;**
- **che lo spostamento è determinato da:**
  - **comprovate esigenze lavorative;**
  - **assoluta urgenza;**
  - **situazione di necessità;**
  - **motivi di salute.**

A questo riguardo, dichiara che \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Data, ora e luogo del controllo**  
Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia