

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, residente in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_,  
cap \_\_\_\_\_, domiciliato/a in \_\_\_\_\_,  
via \_\_\_\_\_, n. \_\_\_\_\_, cap \_\_\_\_\_, consapevole  
delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale  
**(art 495 c.p.)**

### DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ

- di essere a **conoscenza delle misure di contenimento del contagio** di cui **all'art. 1, comma 1, dell'Ordinanza del Ministero della Salute di intesa con il Presidente della Regione Lombardia del 21/10/2020 concernente lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio della Regione Lombardia dalle ore 23:00 alle ore 5:00 del giorno successivo, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4, del Decreto-Legge n. 19 del 25 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 urgenza e 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/della dichiarante

L'Operatore di Polizia