

## **Ausfüllbeispiel** **autodichiarazione ai sensi degli artt. 46 e 47** **d.p.r. n. 445/2000**

1. Name Vorname
2. Geburtsdatum (TT/MM/JJJJ)
3. Geburtsort (Land)
4. Wohnort (Land)
5. Adresse
6. Für nicht IT-Bürger= Wohnort + Adresse
7. Identifikationsdokument (Führerschein / ID / Reisepass etc.)
8. Nummer des Identifikationsdokument
9. Ausstellende Behörde des Identifikationsdokument
10. Ausstellungsdatum
11. Telefonnr.
12. Abfahrtterminal (Novara / Freiburg)
13. Zielterminal (Freiburg / Novara)
14. Abfahrtort
15. Zielort
16. Kann offengelassen werden
17. Reisegrund ankreuzen
  - a. Arbeit
  - b. absolute Dringlichkeit
  - c. Notlage
  - d. Gesundheitliche Gründe
18. Reisegrund erläutern
19. Datum, Uhrzeit und Ort der Kontrolle

**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 delle 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