

**AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER VISITA MEDICA
ODONTOIATRICA
STUDIO ODONTOIATRICO FERRARI**

Il/La sottoscritto/a _____, nato/a il ____ . ____ . ____ a
_____ (____), residente in _____ (____), via

_____ e domiciliato/a in _____ (____), via _____,
identificato/a 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 essere a conoscenza delle misure normative di contenimento del contagio da COVID-19 vigenti alla data odierna, concernenti le limitazioni alla possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno del territorio nazionale;**

> **di essere a conoscenza delle altre misure e limitazioni previste da ordinanze o altri provvedimenti amministrativi adottati dal Presidente della Regione o dal Sindaco ai sensi delle vigenti normative;**

> **di essere a conoscenza delle sanzioni previste dall'art. 4 del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, e dall'art. 2 del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33;**

che lo spostamento è determinato da:

- MOTIVI DI SALUTE (VISITA ODONTOIATRICA) presso lo studio di:

_____ ; che lo
spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)

_____ ; con
destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione)

_____ ; in merito
allo spostamento, dichiara inoltre che:

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia