

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

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:**
  - ☐ - **comprovate esigenze lavorative;**
  - ☐ - **motivi di salute;**
  - ☒ - **altri motivi ammessi dalle vigenti normative ovvero dai predetti decreti, ordinanze e altri provvedimenti che definiscono le misure di prevenzione della diffusione del contagio;**  
(specificare il motivo che determina lo spostamento):

ACQUISTO DI: OCCHIALI DA VISTA - LENTI A CONTATTO - LIQUIDI PER LENTI A CONTATTO \_\_\_\_\_;

- **che lo spostamento è iniziato da** (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)

MIO DOMICILIO \_\_\_\_\_;

- **con destinazione** (indicare l'indirizzo di destinazione)

OTTICA IN - VIA MAGENTA, 41 - SAN PIETRO ALL' OLMO - CORNAREDO MI \_\_\_\_\_;

- **in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:**

MI STO RECANDO PRESSO IL MIO OTTICO DI FIDUCIA \_\_\_\_\_.

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

L'Operatore di Polizia