

**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):*

REVISIONE PERIODICA AI SENSI DELL'ART.80/8 DEL CODICE DELLA STRADA \_\_\_\_\_;

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

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

FAENZA SERVICE SRL - VIA MARCELLO MALPIGHI N.142 - FAENZA (RA) \_\_\_\_\_;

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

Mi reco in un comune contiguo al mio in quanto Faenza Service srl soddisfa le mie esigenze (professionalità del personale e qualità del servizio, tempi di esecuzione, prenotazione non necessaria, fascia oraria di erogazione del servizio) \_\_\_\_\_.

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

L'Operatore di Polizia