

## 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 essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio previste dall'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020*, l'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 marzo 2020*, dall'art. 1 dell'*Ordinanza del Ministro della salute 20 marzo 2020* concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;
- di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020*;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 2, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020* in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- che lo spostamento è iniziato da \_\_\_\_\_  
(indicare l'indirizzo da cui è iniziato lo spostamento) con destinazione

**Clinica Veterinaria Riccò, in Comune di Bagnolo San Vito (MN),  
Via Don A. Baccaro 7, Tel: 0376.415610 - Cel: 335.324847.**

- che lo spostamento è determinato da:

Motivi di salute del mio

Cane

Gatto

Altro \_\_\_\_\_

L'appuntamento è fissato per le ore \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

che deve essere sottoposto a

Visita Clinica

Esami Diagnostici

Inervento Chirurgico

che non sono prorogabili.

( indicare brevemente il motivo di salute per cui è necessario spostarsi )

**Data, ora e luogo del controllo**

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia