

Dott. CLAUDIO CASTELLI

Via delle Nazioni 117/b 48123 Marina di Ravenna (RA)

Tel 0544/531804

Fax 0544 536190

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:**
MOTIVI DI SALUTE (TERAPIA ODONTOIATRICA) presso l'ambulatorio del Dott. Claudio Castelli
- **che lo spostamento è iniziato da** (indicare l'indirizzo da cui è iniziato):
V.le Delle Nazioni 117/B – 48122 – Marina di Ravenna (RA).
- **con destinazione:**

Data, ora e luogo del controllo

li _____, ____ . ____ . _____

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia
