

## 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 documento  
\_\_\_\_\_ 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 ulteriori misure per la prevenzione e la gestione dell'emergenza epidemiologica da **COVID-19** disposte con **Ordinanza n. 82 del 20 ottobre 2020** emessa dalla **Giunta Regionale della Campania, in particolare in riferimento ai limiti alla mobilità sul territorio regionale;**

➤ di essere a conoscenza che **con decorrenza dal 23 ottobre 2020**, al fine del contenimento dei rischi di contagio correlati alla mobilità sul territorio, **ai cittadini campani è fatto divieto di spostamenti dalla Provincia di residenza o domicilio abituale verso altre province della Campania**, fatti salvi gli spostamenti connessi ad esigenze la cui ricorrenza è con la presente dichiarazione autocertificata;

➤ di non essere sottoposto/a alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato/a positivo/a al COVID-19 (*fatti salvi gli spostamenti disposti dalle Autorità sanitarie*);

➤ che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dalla richiamata ordinanza n. 82/2020:  
    ] **comprovati motivi di lavoro**, a questo riguardo dichiara di lavorare presso l'Azienda

    ] **motivi di salute**, a questo riguardo, dichiara di dover *effettuare una visita medica urgente presso*

    ] **comprovati motivi di natura familiare**, a questo riguardo, dichiara che deve effettuare urgente assistenza a congiunti o a persone con disabilità o esecuzioni di interventi assistenziali in favore di persone in grave stato di necessità \_\_\_\_\_

    ] **motivi scolastici e/o afferenti ad attività formative e/o socio assistenziali** \_\_\_\_\_

    ] **altri motivi di urgente necessità** \_\_\_\_\_

➤ **che lo spostamento è iniziato da** \_\_\_\_\_ **a** (*indicare l'indirizzo da cui è iniziato*) **con destinazione** \_\_\_\_\_;

Luogo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_

Firmato

\_\_\_\_\_  
(Il/La Dichiarante)