

Il sottoscritto _____, nato il _____ a _____,
residente in _____, via _____, identificato a
mezzo _____ nr. _____ 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 in transito da _____ proveniente da _____ e diretto
a CENTRO MEDICO B-MED - ME.DI.CA. GROUP S.R.L. – CENTRO RADIOLOGICO S.
BARTOLOMEO VIA DELL'ARTIGIANATO 1 -35035 MESTRINO – (PD)

- Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui all'art. 1, lett. a)
del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* dell'8 marzo 2020 concernente lo
spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all'interno della regione
Lombardia e nelle province di Modena, Parma, Piacenza, Reggio nell'Emilia, Rimini,
Pesaro e Urbino, Alessandria, Asti, Novara, Verbano-Cusio-Ossola, Vercelli, Padova,
Treviso e Venezia, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4, co. 1, dello stesso decreto in
caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);

- Che il viaggio è determinato da:

o comprovate esigenze lavorative (INFERMIERE/TECNICO DI RADIOLOGIA/MEDICO) ;

o situazioni di necessità;

o motivi di salute;

o rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiaro che

- *LAVORO PRESSO IL SUDDETTO CENTRO*

- *STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN _____*

- *DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA _____*

- *ALTRI MOTIVI PARTICOLARI..ETC...)*

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia