

- **Importante esta traducción es para ayudarle, debe completar el formulario en italiano**

El abajo firmante _____ nacido el _____ en _____ residente en _____ calle _____ identificado mediante _____ N° _____ emitido el _____, numero de teléfono _____, consciente de las consecuencias penales previstas en caso de declaraciones falsas a un funcionario publico (**art 495 c.p**)

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

- ser **conocedor de las medidas de medidas de contención de contagio** mencionadas en la disposición del *art. 1 del Decreto del presidente del Consejo de Ministros de 8 de marzo de 2020 y del arte. 1, párrafo 1, del Decreto del presidente del Consejo de Ministros de 9 de marzo 2020 concernientes al movimiento de las personas físicas en el interior de todo el territorio nacional*
- **no estar sujeto a la medida de cuarentena** y no haber dado positivo al Virus COVID-19 mencionado en el **artículo 1, párrafo 1, letra c), del Decreto del Presidente del Consejo de Ministros de 8 de marzo de 2020.**
- **Ser conocedor de las sanciones previstas por las disposiciones del art. 3 párrafo 4 del decreto legislativo 23 de febrero de 2020, n. 6 y art. 4, párrafo 2,** del Decreto de Presidente del Consejo de Ministros de 8 de marzo de 2020 en **caso de incumplimiento de las medidas de contención** antes mencionadas (artículo 650 del Código Penal italiano a menos que el hecho constituya crimen más grave);

Que el desplazamiento está determinado por:

- Cumplir exigencias laborales
- Situación de necesidad
- Motivos de salud
- Regresar a su domicilio a residencia

Al respecto declara que:

(TRABAJANDO EN ..., REGRESO A MI CASA EN, DEBO HACER UN EXAMEN MÉDICO ... OTRAS RAZONES ESPECIALES ... ETC ...)

Fecha, hora y lugar del control.

Firma del declarante

El operador policial