



Centro di Odontoiatria e Stomatologia "FRANCESCO PERRINI"

VIA SIGNORELLI 5-7 51100 PISTOIA
Tel 0573 29068 E-mail segreteria@cioesse.it

AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 PER VISITA MEDICA ODONTOIATRICA

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 (VISITA ODONTOIATRICA) presso lo studio :

CENTRO DI ODONTOIATRICA E STOMATOLOGIA "F.PERRINI"

che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo da cui è iniziato)

_____;

con destinazione (indicare l'indirizzo di destinazione)

_____;

in merito allo spostamento, dichiara inoltre che:

_____.

Data, ora e luogo del controllo

Firma del dichiarante

L'Operatore di Polizia