



REGIONE AUTÒNOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

ALLEGATO "A" aggiornato da Ordinanza del Presidente della Regione n. 9 del 14.03.2020

DOMANDA DI AUTORIZZAZIONE EX D.M. 117 DEL 14.03.2020 CON AUTOCERTIFICAZIONE EX ART. 1, LETT. a) DEL DPCM 8 MARZO 2020

(* I campi contrassegnati con l'asterisco sono obbligatori)

Il/La sottoscritto/a

Nome *

Cognome *

Nato a *

Il *

gg / mm / aaaa

Residente a *

Provincia *

Via/Viale *

numero *

Recapito telefonico *

E-mail *

IMPORTANTE

- Si prega di indicare un indirizzo e-mail **non appartenente** ai seguenti domini: yahoo, aol, ymail

consapevole delle sanzioni penali, nel caso di dichiarazioni non veritiere e falsità negli atti, richiamate dall'art. 76 D.P.R. 445 del 28/12/2000

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui all'art. 1, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020 concernenti lo spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);

- Di essere a conoscenza delle misure di limitazione del traffico passeggeri da e per la Sardegna di cui al D.M. n. 117 del 14 marzo 2020;

- Che lo spostamento è determinato da:

comprovate esigenze lavorative spostamenti per motivi di salute rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza

A questo riguardo, dichiara che: *

*es. IL LAVORO PRESSO... STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN... DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA... ALTRI MOTIVI

