

AUTOCERTIFICAZIONE PER AGROTECNICI ED AGROTECNICI LAUREATI LIBERI PROFESSIONISTI

Il sottoscritto: _____

nato il _____ a _____ Prov. _____

Residente in _____ Prov. _____

via _____ n. _____

Tessera professionale n. _____ Rilasciata il _____ Scadenza il _____ (oppure)

Docum. Identità: _____ n. _____ rilasciato il _____

utenza telefonica: _____

consapevole delle conseguenze penali in caso di dichiarazioni mendaci ad un pubblico ufficiale (art 495 c.p.)

DICHIARA SOTTO PROPRIA RESPONSABILITÀ

- di non essere sottoposto alla misura della quarantena ovvero di non essere risultato positivo al COVID-19;
- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna, adottate ai sensi degli artt. 1 e 2 del decreto-legge 25.3.2020 n. 19, concernenti le limitazioni alle possibilità di spostamento delle persone fisiche all'interno di tutto il territorio nazionale;
- di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dall'art. 4 del decreto-legge 25.3.2020 n. 19;
- di essere iscritto all'Albo degli Agrotecnici e degli Agrotecnici laureati della Provincia di..... al numero..... e di svolgere la relativa professione (Codice ATECO 74.90.12) la quale risulta esentata dalla sospensione delle attività dal DPCM 22 marzo 2020 art. 1 comma 1 lettera a);
- che lo spostamento è iniziato da (indicare l'indirizzo di partenza) _____
- _____ con destinazione _____
- (la voce che segue va compilata solo se ci si sposta dalla propria ad altra Regione) di essere a conoscenza delle ulteriori limitazioni disposte con provvedimenti del Presidente della Regione _____ (indicare la Regione di partenza) e del Presidente della Regione _____ (indicare la Regione di arrivo) e che lo spostamento rientra in uno dei casi consentiti dalle predette Regioni (indicare quale) _____
- che lo spostamento è determinato da:
 - **Comprovate esigenze lavorative legate all'esercizio della libera professione**
 - Assoluta urgenza ("trasferimenti in Comune diverso" come da art. 1 lett. b DPCM 22.3.2020)
 - Situazioni di necessità ("spostamenti all'interno dello stesso Comune" o che rivestono carattere di quotidianità oppure che siano effettuati abitualmente per brevi distanze)
 - Motivi di salute

Al riguardo, dichiaro che: (lavoro professionale, effettuazione visita medica, rientro dall'estero, altri particolari motivi, ecc.)

Data, ora e luogo del controllo

L'Operatore di Polizia

Firma del dichiarante