



**STUDIO CODEGONI S.R.L.**

*Odontoiatria • Protesi dentaria*

MSC in Laser Dentistry Università di Genova

Past President LEAD  
*(Laser Excellence Academy for Dentistry)*

**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 di:

\_\_\_\_\_ ; 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

\_\_\_\_\_