Il/la sottoscritto/a	, nato/a il	a	, residente in
, via			
ute	enza telefonica _		, consapevole delle
conseguenze penali previste in o	caso di dichiarazi	oni mendaci a	pubblico ufficiale (art 495
c.p.)			
DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ			
Lombardia del 21/10/20	tero della Salute 20 concernenti	di intesa con limitazioni n	contagio da Covid-19 di cui il Presidente della Regione egli spostamenti dalle ore sanzioni previste dall'art
 Che il viaggio è determina comprovate esigena situazioni di necess motivi di salute; rientro presso il pro 	ze lavorative; sità o d'urgenza;	imora o reside	nza.
-	prio domicino, d		1124.
A questo riguardo, dichiaro che:			
Data, ora e luogo del controllo			
Firma del dichiarante			L'Operatore di Polizia