

Autocertificazione e ritiro mascherine di protezione facciale

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc _____ nato/a a _____ Prov ____ il ____/____/____

residente a _____ Prov ____ via _____ cap _____

consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art.76 del D.P.R.28 dicembre 2000, n.445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art.75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

- a) di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui al combinato disposto dell'art. 1 del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* 8 marzo 2020 e dell'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;
- b) di non essere sottoposto alla misura della quarantena e di non essere risultato positivo al virus COVID-19 di cui all'articolo 1, comma 1, lettera c), del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell' 8 marzo 2020;
- c) di essere a conoscenza delle sanzioni previste, dal combinato disposto dell'art. 3, comma 4, del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 e dell'art. 4, comma 1, del *Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri* dell' 8 marzo 2020 in caso di inottemperanza delle predette misure di contenimento (art. 650 c.p. salvo che il fatto non costituisca più grave reato);
- d) di non essere socio di una Cooperativa/Consorzio e di essere titolare di Licenza Taxi CP _____ a per tale motivo titolato al ritiro di **n. 1 (uno)** mascherina di protezione facciale, come da prenotazione al ritiro del ____/____/____

Data ____/____/____

Firma del dichiarante _____

DELEGA AL RITIRO

Il/la sottoscritto/a

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc _____ nato/a a _____ Prov ____ il ____/____/____

residente a _____ Prov ____ via _____ cap _____

Tipo doc. ric _____ n. _____ Rilasciato da _____

Delega al ritiro di n. 1 (uno) mascherina di protezione facciale il sig.

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fisc _____ nato/a a _____ Prov ____ il ____/____/____

residente a _____ Prov ____ via _____ cap _____

Tipo doc. ric _____ n. _____ Rilasciato da _____

Data ____/____/____ Firma delegante _____ Firma delegato _____