



CERTIFICAT DESPLAÇAMENT PER MOTIUS D'ASSISTÈNCIA A CENTRE SANITARI

El/La Dr./Dra..... amb
núm. de col·legiat/da..... en la seva condició de responsable assistencial de la Clínica Dental
....., amb NIF....., i domicili a
.....

DECLARA:

Que com a conseqüència de les restriccions establertes pel Govern d'Espanya i la Generalitat de Catalunya per respondre davant de situacions d'especial risc per transmissió no controlada d'infeccions causades pel SARS-CoV-2 i, d'acord amb la Resolució SLT/1/2021 de 4 de gener, es restringeixen moviments de persones entre els municipis del territori de Catalunya llevat per determinats desplaçaments degudament justificats, entre ells, els **desplaçaments a centres sanitaris per rebre assistència.**

Per aquesta circumstància i als efectes de la seva possible acreditació davant de l'autoritat competents,

CERTIFICA:

Que el Sr./Sra. amb DNI,
és pacient de la Clínica Dental..... ubicada
a..... estant
citad/da el dia de.....de 2021, a les hores, motiu pel qual ha de desplaçar-se al centre
sanitari amb la finalitat de rebre assistència.

I per tal que així consti, s'expedeix el present certificat als efectes de la possible acreditació davant de l'autoritat competent seguint allò que s'especifica tant al Decret 926/2020, de 25 d'octubre, com al Decret-Ilei 27/2020 de 13 de juliol per a l'adopció de les mesures necessàries en el territori de Catalunya durant la declaració d'estat d'alarma davant de la situació d'emergència sanitària provocada per la COVID19 del Departament de Presidència de la Generalitat de Catalunya.

Signat:

A, a de..... de 2021.

SEGELL DE LA CLÍNICA DENTAL