

**CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS DE ASISTENCIA A CENTRO SANITARIO**

El/La Dr./Dra....., con nº de colegiado/a ..... en su condición de responsable asistencial de la Clínica Dental ..... con NIF....., y domicilio en .....

**DECLARA:**

Que como consecuencia de las restricciones establecidas por el Gobierno de España y la Generalitat de Catalunya para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2 y, de acuerdo con la Resolución SLT/1/2021 de 4 de enero, se restringen movimientos de personas entre los municipios del territorio de Catalunya salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados, entre ellos, **los desplazamientos a centros sanitarios para recibir asistencia.**

Por tal circunstancia y a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente,

**CERTIFICA:**

Que D./D<sup>a</sup> ..... con DNI ..... es paciente de la Clínica Dental ..... ubicada en ..... estando citado/a el día ..... de ..... de 2021, a las ..... horas, por lo que debe desplazarse al centro sanitario al fin de ser asistido/a.

Y para que así conste, se expide el presente certificado a los efectos de la posible acreditación ante la autoridad competente siguiendo tanto lo que se especifica en el Real decreto 926/2020, de 25 de octubre, como el Decreto-ley 27/2020 de 13 de julio para la adopción de las medidas necesarias en el territorio de Catalunya durante la declaración del estado de alarma ante la situación de emergencia sanitaria provocada por la COVID19 del Departamento de Presidencia de la Generalitat de Catalunya.

Fdo.:

En....., a ..... de..... de 2021

**SELLO DE LA CLÍNICA DENTAL**