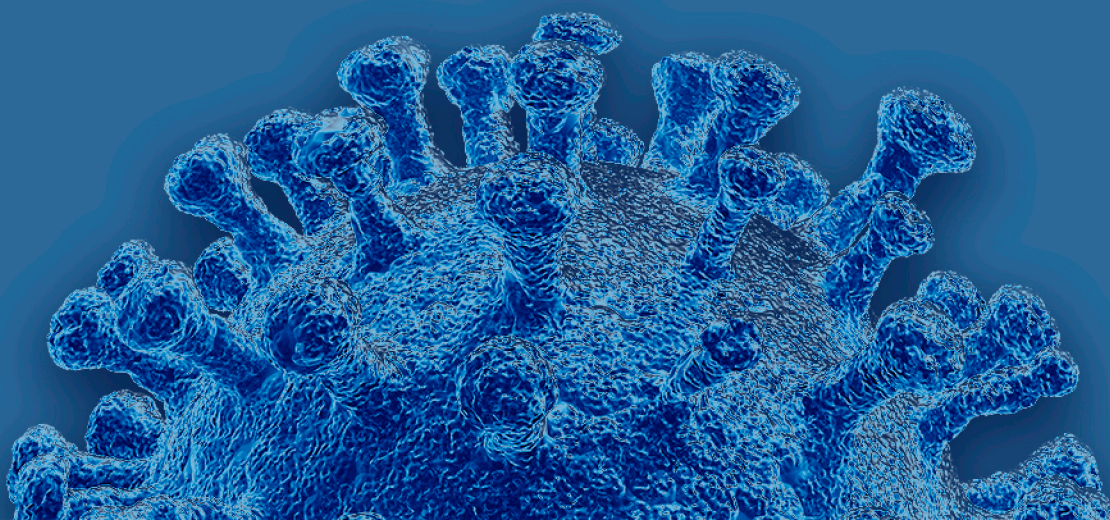




MODELOS CERTIFICADOS PARA DESPLAZAMIENTOS

- TRABAJADOR
- DOMICILIOS
- PACIENTES





MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - TRABAJADOR

D./Dña. _____, con nº de colegiado/a _____,
con DNI _____, en su calidad de representante de la entidad
_____, con domicilio en _____,
C/ _____, número _____, CP _____ CIF/NIF
_____ y con **Registro Sanitario nº** _____

DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por ser **la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el real decreto-ley** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

CERTIFICA:

Que el trabajador/a _____, con nº de colegiado/a _____,
y DNI _____ presta servicios en el centro de trabajo situado en _____,
C/ _____ nº _____, por lo que debe desplazarse desde su domicilio hasta su centro de trabajo, así como el correspondiente desplazamiento de retorno.

Que su jornada laboral comprende los siguientes días y horario:

Que este documento tiene validez hasta el día _____.

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente en
_____, el día _____ de _____ del 2020.

Fdo.: _____

Teléfono de contacto: _____



MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - DOMICILIOS

D./Dña. _____, con nº de colegiado/a _____,
con DNI _____, en su calidad de representante de la entidad
_____, con domicilio en _____,
C/ _____, número _____, CP _____ CIF/NIF
_____ y con **Registro Sanitario nº** _____

DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por ser **la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el real decreto-ley** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

CERTIFICA:

Que el trabajador/a _____, con nº de colegiado/a _____,
y DNI _____ presta servicios en el centro de trabajo situado en _____,
C/ _____ nº _____, y su jornada laboral
comprende los siguientes días y horario: _____.

Asimismo, el centro ofrece servicio de fisioterapia a domicilio, por lo que dentro de su jornada laboral, debe desplazarse también a los domicilios de los pacientes, y su correspondiente retorno, teniendo concertada la siguiente visita, para tratamiento fisioterápico consistente en:

☐ Urgencia

☐ Necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento, de conformidad con el apartado séptimo de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo.

Día: _____ Hora: _____

Nombre y apellidos del paciente: _____

Domicilio del paciente: _____

Tratamiento/duración aprox.: _____

Teléfono de contacto del paciente: _____

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente en
_____, el día _____ de _____ del 2020.

Fdo.: _____
Teléfono de contacto: _____



MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - PACIENTES

D./Dña. _____, con nº de colegiado/a _____,
con DNI _____, en su calidad de representante de la entidad
_____, con domicilio en _____,
C/ _____, número _____, CP _____ CIF/NIF
_____ y con **Registro Sanitario nº** _____

DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por **ser la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el real decreto-ley** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

CERTIFICA:

Que el paciente _____, con DNI _____
acude a este centro de Fisioterapia, por lo que debe desplazarse desde su domicilio hasta dicho centro, así como el correspondiente desplazamiento de retorno, para tratamiento fisioterápico consistente en:

☐ Urgencia

☐ Necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento, de conformidad con el apartado séptimo de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo.

Dicho paciente tiene programada una cita en la siguiente fecha y horario:

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente
en _____, el día ____ de _____ de 2020.

Fdo.: _____

Teléfono de contacto: _____

