****

**CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS DE ASISTENCIA**

**A CENTRO SANITARIO**

Dr./ Dra.…………………………………………, con nº de colegiado/a…………………... en su condición de director/a sanitario/a de la Clínica Dental ………………………, con NIF…………………, y domicilio en …………………………….

**DECLARA:**

Que como consecuencia de las restricciones establecidas por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, se restringen movimientos de personas en varios ámbitos territoriales del país 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./Dª **…………………………………….** con DNI …………………, es paciente del la Clínica Dental………………………. ubicada en la Calle ……………………………….., estando citado/a el día…….. de………………….de 2020, a las ………. horas, por lo que debe desplazarse al centro sanitario al fin de ser asistido/a.

En,…………………… a ……… de……………………. de 2020.

Y para que así conste, expido el siguiente certificado.

Fdo.: