|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Certificado autorresponsable de desplazamiento por la crisis sanitaria causada por la COVID-19** | | | | | |
| Certifico que mi viaje está relacionado con la actividad que se especifica a continuación: | | | | | |
|  | Adquisición de alimentos, productos farmacéuticos y de primera necesidad | | | | |
|  | Asistencia a centro, servicio o establecimiento sanitario | | | | |
|  | Desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar la prestación laboral, profesional o empresarial. Especifique la empresa: | | | | |
|  | Retorno al lugar de residencia habitual | | | | |
|  | Asistencia o atención a personas mayores, menores de edad, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables | | | | |
|  | Desplazamiento a entidad financiera o de seguros | | | | |
|  | Causa de fuerza mayor o situación de necesidad (especifíquela): | | | | |
|  |  | | | | |
| **Trayecto** | | | | | |
| **Dirección de origen** | | | | | |
| Provincia | | Comarca | Municipio | Código postal | |
|  | |  |  |  | |
| **Dirección de destino** | | | | | |
| Provincia | | Comarca | Municipio | Código postal | |
|  | |  |  |  | |
| **Datos personales y firma** | | | | | |
| Nombre y apellidos | | | | | DNI / NIF |
|  | | | | |  |
| Firma y fecha | | | | | |
|  | | | | | |