|  |
| --- |
| **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 |
|  |