**CERTIFICADO AUTORRESPONSABLE DE DESPLAZAMIENTO A CENTRO SANITARIO**

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

D./Dña.: (paciente que acude a la cita) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que mi desplazamiento está causado por la asistencia a centros sanitarios, permitida en el de marco de actividades autorizadas por las Autoridades Sanitarias, en el actual estado de confinamiento.

Fdo. (Nombre, apellidos y firma)

Acompañantes de menores o dependientes:

D./Dña.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifico que mi desplazamiento está justificado al asistir en calidad de padre, madre, tutor o acompañante de persona dependiente del titular de este certificado. Situación que puedo demostrar suficientemente en caso de ser requerido por las autoridades mediante la aportación de la documentación correspondiente: DNI, libro de familia, resolución o autorización judicial, etc.

Fdo. (Nombre, apellidos y firma) Fdo. (Nombre, apellidos y firma)

(Titular) (Acompañante)

Centro Sanitario al que acude: **CLINICA JACA**

Dirección de destino: **C/ Alcalá 619, 28022 Madrid**

Contacto: **917430690 · recepcion@clinicajaca.com**

Fecha y hora de la cita:

**EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO ES EL ÚNICO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS EXPRESADOS EN EL MISMO, SIENDO POSIBLE LA COMPROBACIÓN POR PARTE DE LAS AUTORIDADES QUE ASÍ LO PRECISEN DIRIGIENDOSE A LOS MEDIOS DE CONTACTO DEL CENTRO MÉDICO QUE SE INDICAN.**