

## Certificado autorresponsable de desplazamiento por la crisis sanitaria causada per 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. Especificar la empresa:
- Regreso 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 seguro
- Causa de fuerza mayor o situación de necesidad (especifíquese cual):

---

### 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

---