





## MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - TRABAJADOR

D./Dña. \_\_\_\_\_, con nº de colegiado/a \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_, en su calidad de representante de la entidad  
\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_ CIF/NIF  
\_\_\_\_\_ y con **Registro Sanitario nº** \_\_\_\_\_

### DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por ser **la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el real decreto-ley** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

### CERTIFICA:

Que el trabajador/a \_\_\_\_\_, con nº de colegiado/a \_\_\_\_\_,  
y DNI \_\_\_\_\_ presta servicios en el centro de trabajo situado en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, por lo que debe desplazarse desde su domicilio hasta su centro de trabajo, así como el correspondiente desplazamiento de retorno.

Que su jornada laboral comprende los siguientes días y horario:

\_\_\_\_\_

Que este documento tiene validez hasta el día \_\_\_\_\_.

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente en  
\_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020.

Fdo.: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_



#### MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - DOMICILIOS

D./Dña. \_\_\_\_\_, con nº de colegiado/a \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_, en su calidad de representante de la entidad  
\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_ CIF/NIF  
\_\_\_\_\_ y con **Registro Sanitario nº** \_\_\_\_\_

#### DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por ser **la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el real decreto-ley** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

#### CERTIFICA:

Que el trabajador/a \_\_\_\_\_, con nº de colegiado/a \_\_\_\_\_,  
y DNI \_\_\_\_\_ presta servicios en el centro de trabajo situado en \_\_\_\_\_,  
C/ \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, y su jornada laboral  
comprende los siguientes días y horario: \_\_\_\_\_.

Asimismo, el centro ofrece servicio de fisioterapia a domicilio, por lo que dentro de su jornada laboral, debe desplazarse también a los domicilios de los pacientes, y su correspondiente retorno, teniendo concertada la siguiente visita, para tratamiento fisioterápico según la RESOLUCIÓN de 6 de abril de 2020, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se determinan los servicios esenciales de determinados centros y servicios, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, con motivo del Covid-19, consistente en:

- Urgencia
- necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento, de conformidad con el apartado séptimo de la Orden SND/232/2020, de 15 de abril

Día: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_  
Nombre y apellidos del paciente: \_\_\_\_\_  
Domicilio del paciente: \_\_\_\_\_  
Tratamiento/duración aprox.: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto del paciente: \_\_\_\_\_

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente en \_\_\_\_\_, el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2020.

Fdo.: \_\_\_\_\_  
Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_



## MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - PACIENTES

D./Dña. \_\_\_\_\_, con nº de colegiado/a \_\_\_\_\_,  
con DNI \_\_\_\_\_, en su calidad de representante de la entidad  
\_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_  
C/ \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, CP \_\_\_\_\_ CIF/NIF  
\_\_\_\_\_ y con **Registro Sanitario nº** \_\_\_\_\_

### DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por **ser la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el real decreto-ley** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

### CERTIFICA:

Que el paciente \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_  
acude a este centro de Fisioterapia, por lo que debe desplazarse desde su domicilio hasta dicho centro, así como el correspondiente desplazamiento de retorno, para tratamiento fisioterápico según la RESOLUCIÓN de 6 de abril de 2020, de la Consellera de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se determinan los servicios esenciales de determinados centros y servicios, en el ámbito de la Comunitat Valenciana, con motivo del Covid-19, consistente en:

- Urgencia
- necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento, de conformidad con el apartado séptimo de la Orden SND/232/2020, de 15 de abril

Dicho paciente tiene programada una cita en la siguiente fecha y horario:

\_\_\_\_\_

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente en  
\_\_\_\_\_, el día \_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

Fdo.: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

