



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGION DE MURCIA



MODELOS CERTIFICADOS PARA DESPLAZAMIENTOS (*)

- DOMICILIOS
- TRABAJADOR
- PACIENTES
- AUTÓNOMOS

(*) Modelos orientativos y adaptables a cada situación particular.



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGION DE MURCIA

MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - TRABAJADOR

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

D./Dña....., mayor de edad, con DNI....., en su condición de de la empresa, con NIF....., y domicilio en

DECLARA:

Que como consecuencia de la entrada en vigor de la normativa por la que se adoptan medidas de carácter excepcional y temporal para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, ha quedado restringida la entrada y salida, tanto de los distintos municipios como de la propia Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados.

Entre ellos se encuentra el desplazamiento al lugar de trabajo para el cumplimiento de sus obligaciones laborales, profesionales o empresariales.

Por tal circunstancia y a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente,

CERTIFICA:

Que el/la trabajador/a **D./Dña.**, con DNI, y residente en una de las zonas afectadas por las restricciones de movilidad establecidas por la Consejería de Salud, forma parte de la plantilla de la empresa, desempeñando su labor profesional en el centro de trabajo ubicado en.....

Y para que así conste, expido el siguiente certificado.

Fdo.: _____

Teléfono de contacto: _____



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGION DE MURCIA

MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - DOMICILIOS

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

D./Dña......, mayor de edad, con DNI....., en su condición de de la empresa, con NIF....., y domicilio en

DECLARA:

Que como consecuencia de la entrada en vigor de la normativa por la que se adoptan medidas de carácter excepcional y temporal para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, ha quedado restringida la entrada y salida, tanto de los distintos municipios como de la propia Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados.

Entre ellos se encuentra el desplazamiento al lugar de trabajo para el cumplimiento de sus obligaciones laborales, profesionales, empresariales, institucionales o legales.

Por tal circunstancia y a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente,

CERTIFICA:

Que el/la trabajador/a **D./Dña.**, con DNI, y residente en una de las zonas afectadas por las restricciones de movilidad establecidas por la Consejería de Salud, forma parte de la plantilla de la empresa, desempeñando su labor profesional en el centro de trabajo ubicado en

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 realizar tratamiento fisioterápico.

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

Y para que así conste, expido el siguiente certificado.

Fdo.: _____

Teléfono de contacto: _____



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGION DE MURCIA

MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO – PACIENTES

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

D./Dña....., mayor de edad, con DNI....., en su condición de de la empresa, con NIF....., y domicilio en y con Registro Sanitario nº

DECLARA:

Que como consecuencia de la entrada en vigor de la normativa por la que se adoptan medidas de carácter excepcional y temporal para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, ha quedado restringida la entrada y salida, tanto de los distintos municipios como de la propia Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados.

Entre ellos se encuentra el desplazamiento para acudir a centros, servicios y establecimientos sanitarios.

Por tal circunstancia y a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente,

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 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 marzo.

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

.....

Fdo.:.....

Teléfono de contacto:.....



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FISIOTERAPEUTAS
REGION DE MURCIA

MODELO DE CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO - AUTÓNOMOS

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

D./Dña....., mayor de edad, con DNI....., en su condición de trabajador por cuenta propia y responsable del Servicio de Fisioterapia de la Clínica/Consulta.....con domicilio en

DECLARA:

Que como consecuencia de la entrada en vigor de la Orden de la Consejería de Salud por la que se adoptan medidas de carácter excepcional y temporal para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19, ha quedado restringida la entrada y salida, tanto de los distintos municipios como de la propia Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados.

Entre ellos se encuentra el desplazamiento al lugar de trabajo para el cumplimiento de sus obligaciones laborales, profesionales, empresariales, institucionales o legales.

Por tal circunstancia y a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente, acompaño al presente:

- Autorización del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Región de Murcia (RES)
- Alta en el IAE
- Otros (Especificar)

Fdo.:.....

Teléfono de contacto:.....