

## CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS DE TRABAJO

Dr./ Dra....., con nº de colegiado/a.....  
en su condición de director/a sanitario/a de la Clínica Dental ....., con  
NIF....., y domicilio en .....

### **DECLARA:**

Que como consecuencia de las restricciones establecidas por el Gobierno de España y las Comunidades Autónomas para responder ante situaciones de especial riesgo por transmisión no controlada de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, se restringen movimientos de personas en varios ámbitos territoriales del país salvo para determinados desplazamientos debidamente justificados, entre ellos, el **cumplimiento de obligaciones laborales, profesionales empresariales o legales.**

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

### **CERTIFICA:**

Que el/la trabajador/a .....con DNI ....., presta sus servicios en la clínica dental..... ubicada en la Calle ....., por lo que debe desplazarse a su lugar de trabajo al fin de cumplir las obligaciones laborales que le son propias.

Y para que así conste, expido el siguiente certificado.

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