



## **Certificado autorresponsable de desplazamiento por la crisis sanitaria causada por 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. Especifique la empresa:
  - Retorno 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 seguros
  - Causa de fuerza mayor o situación de necesidad (especifíquela):
- 

### **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

---