



## MODELO CERTIFICADO DESPLAZAMIENTO DE PACIENTES

D./Dña. \_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_, colegiado/a nº \_\_\_\_\_ del Itre. Colegio de Médicos de la Provincia de Málaga, como titular de la consulta o centro sanitario con NICA nº \_\_\_\_\_ y domicilio en \_\_\_\_\_

### **CERTIFICO:**

Que D./Dña. \_\_\_\_\_ con D.N.I. nº \_\_\_\_\_ y residente en \_\_\_\_\_ ha sido citado/a a consulta médica debiendo realizar los desplazamientos necesarios para su atención el día \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020, a las \_\_\_\_\_ horas, así como el tiempo necesario para acudir del domicilio a la consulta y viceversa.

Que el desplazamiento para la asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios está autorizado en el Artículo 2 del Decreto 8/2020, así como la Orden de 8 de noviembre de 2020.

Y para que conste donde proceda firmo el presente en Málaga a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2020.

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