

MODELO DE CERTIFICADO PARA DESPLAZAMIENTO DE PACIENTES

D./Dña. _____
(Titular/Gerente/Responsable) del _____
(Establecimiento Sanitario/Consulta Médica) sita en **Málaga**
C/ _____ **C.P.**
_____ .

CERTIFICO:

Que D./Dña. _____ con D.N.I. nº _____ ha sido citado/a a consulta médica debiendo realizar los desplazamientos necesarios para su atención el día _____ de _____ de 2021, 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 apartado b) del artículo 7 del Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, por el que se declara el estado de alarma para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19.

Y para que conste donde proceda firmo el presente en Málaga a _____ de _____ de 2021.

Fdo: _____