**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.