|  |
| --- |
| **Certificat autoresponsable de desplaçament per la crisi sanitària causada per la COVID-19** |
| Certifico que el meu viatge està relacionat amb l'activitat que s’especifica a continuació: |
| [ ]  | Adquisició d’aliments, productes farmacèutics i de primera necessitat |
| [ ]  | Assistència a centre, servei o establiment sanitari |
| [ ]  | Desplaçament al lloc de treball per efectuar la prestació laboral, professional o empresarial. Especifiqueu l'empresa:       |
| [ ]  | Retorn al lloc de residència habitual |
| [ ]  | Assistència o atenció a persones grans, menors d’edat, dependents, persones amb discapacitat o persones especialment vulnerables |
| [ ]  | Desplaçament a entitat financera o d’assegurança |
| [ ]  | Causa de força major o situació de necessitat (especifiqueu-la):       |
|  |  |
| **Trajecte** |
| **Adreça d’origen** |
| Província | Comarca | Municipi | Codi postal |
|       |       |       |       |
| **Adreça de destinació** |
| Província | Comarca | Municipi | Codi postal |
|       |       |       |       |
| **Dades personals i signatura** |
| Nom i cognoms | DNI / NIF |
|       |       |
| Signatura i data |
|  |