

CERTIFICADO AUTORRESPONSABLE DE DESPLAZAMIENTO A CENTRO SANITARIO

Yo, (Paciente que acude a la cita) _____

con DNI _____ certifico que mi desplazamiento está relacionado con la asistencia a centros sanitarios permitida en el de marco de actividades autorizadas por la C.A.M, en el actual estado de confinamiento por Áreas Básicas de Salud.

Acompañantes de menores de edad o mayores dependientes:

D./Dña.: _____

con DNI: _____ certifico que mi desplazamiento al centro sanitario CENTRO MÉDICO SOMOSAGUAS, está justificado al asistir en calidad de padre, madre, tutor o acompañante de persona dependiente del titular de este certificado. Situación que estoy en disposición de demostrar fehacientemente en caso de ser requerido por las autoridades mediante la aportación de los documentos oportunos (DNI, Libro de Familia, autorización judicial o contrato de trabajo)

Nombre y apellidos Firma y fecha
(Titular)

Nombre y apellidos Firma y fecha
(Acompañante)

Centro Sanitario al que acude: CENTRO MÉDICO SOMOSAGUAS

Dirección de destino: C/Camino de las Huertas, 6 28223 Pozuelo de Alarcón

Hora de la cita:

EL PORTADOR DE ESTE DOCUMENTO ES EL ÚNICO RESPONSABLE DE LA VERACIDAD DE LOS DATOS EXPRESADOS EN EL MISMO, SIENDO POSIBLE LA COMPROBACIÓN POR PARTE DE LAS AUTORIDADES QUE ASÍ LO PRECISEN EN EL TELÉFONO:

91 799 17 90 (Centro Médico Somomosaguas)

por correo electrónico en: contestador@centromedicosomosaguas.com.