



## **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

---