|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | | | | | |
|  | | | | | |