**Certificado de CLÍNICA DENTAL al efecto de acreditar la necesidad de desplazamientos de PACIENTES a Centro Sanitario.**

D/D.ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, actuando como representante de la Clínica dental \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (NIF:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).

Datos de contacto de la Clínica dental:

* Responsable:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Domicilio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Declara responsablemente: Que D/D.ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI/NIE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, es paciente de nuestra Clínica dental teniendo una cita el día \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a la hora \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. Reúne, por ello, las condiciones para desplazarse que se establecen en la Orden 1405/2020, de 22 de octubre de la Consejería de Sanidad (con la modificación de la Orden 46/2021, de 22 de enero), el Decreto 4/2021 de 22 de enero de la Presidenta de la Comunidad de Madrid y el Real Decreto 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

Para que conste a los efectos de facilitar los trayectos necesarios entre su lugar de residencia y la Clínica dental.

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2021.

FDO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_