**Certificado de trabajo en Clínica dental (centro sanitario) al efecto de acreditar la necesidad de desplazamientos del personal de la Clínica.**

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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presta servicios en esta Clínica y debe trasladarse a la misma para desarrollar su trabajo en este centro sanitario, reuniendo por ello las condiciones para desplazarse que se establecen en la ORDEN 1178/2020, de 18 de septiembre, de la Consejería de Sanidad (BOCM 19 de septiembre).

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

En\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de 2020.

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