

Certificado movilidad pacientes

D./Dña. _____, con nº de
colegiado/a _____,

con DNI _____, en su calidad de representante de la entidad

_____, con domicilio en _____,

C/ _____, número _____, CP _____
CIF/NIF

_____ y con Registro Sanitario nº _____

DICE:

Que en cumplimiento de lo dispuesto en la Orden 46/2021, en relación con la Orden 1405/2021, ambas de la Comunidad de Madrid, ambas de la Comunidad de Madrid, por las que se regulan el toque de queda y las limitaciones de movimientos de la ciudadanía, en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos a centros sanitarios de Fisioterapia, por ser la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en dicha Orden nº 46/3021

CERTIFICA:

Que el paciente _____, con DNI _____
acude a este centro de Fisioterapia, por lo que debe desplazarse desde su domicilio hasta dicho centro, así como el correspondiente desplazamiento de retorno, para tratamiento fisioterápico.

Dicho paciente tiene programada una cita en la siguiente fecha y horario:

Y para que surta los efectos indicados y demás oportunos, firmo el presente

en _____, el día ___ de _____ de 2021.

Fdo.: _____

Teléfono de contacto: _____

Necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una