

## SALVOCONDUCTO PARA 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 la orden ORDEN 1178/2020, de 19 de septiembre, por el que se regulan las personas trabajadoras que no presten servicios esenciales, con el fin de reducir la movilidad de la población en el contexto de la lucha contra el COVID-19, y a los efectos de acreditar la justificación de los desplazamientos de carácter laboral por **ser la actividad de Fisioterapia una de las calificadas esenciales incluidas en el Real Decreto-ley 10/2020 de 29 de marzo** (Pág. 27635, punto 9. Centros, servicios y establecimientos sanitarios).

### 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 consistente en:

- Urgencia
- Necesaria para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento, de conformidad con el apartado apartado 2, punto 1, b) de la ORDEN 1178/2020 de la Comunidad de Madrid, de 19 de septiembre de 2020

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 2020.

Fdo.: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_