



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: **GRUP LA PAU (Ambulàncies)**
- 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 / NIE
---------------	-----------------

Signatura i data

Dades Empresa i signatura

Nom i cognoms La Pau S.C.C.	CIF F-08828493
-----------------------------	----------------

Signatura i data 26/10/2020
