

## Modelo de certificado de desplazamiento-Paciente

Don/Doña \_\_\_\_\_ con número de colegiado EX 06/\_\_\_\_\_, en su calidad de representante de la empresa \_\_\_\_\_, con domicilio en \_\_\_\_\_, de la provincia de \_\_\_\_\_, con CIF \_\_\_\_\_ y número de registro sanitario \_\_\_\_\_

### MANIFIESTA

Que en cumplimiento de lo dispuesto en el Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, y más concretamente en la Orden SND/307/2020, de 30 de marzo, por las que se establecen los criterios interpretativos para la aplicación del Real Decreto-ley 10/2020, de 29 de marzo, y el modelo de declaración responsable para facilitar los trayectos necesarios entre el lugar de residencia y centro sanitario logopédico, a través de la presente se acredita la justificación de los desplazamientos para la realización de la actividad de Logopedia, calificada como esencial e incluida en el Real Decreto mencionado (Anexo, punto 9), expidiendo, por ello, la presente

### DECLARACIÓN RESPONSABLE A

Don/Doña \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_, de la provincia de \_\_\_\_\_, paciente sanitario del centro arriba indicado, debe desplazarse desde su domicilio hasta el centro sanitario para recibir el tratamiento logopédico:

- De urgencia.
- Necesario para resolver problemas de salud que puedan tener una evolución desfavorable si se demora su tratamiento, de conformidad con el apartado séptimo de la Orden SND/232/2020, de 15 de marzo.

Y para que así conste, a los efectos oportunos, es firmado este documento en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, de 2020.

Firmado \_\_\_\_\_