

**JUSTIFICANT DE TRASLLAT DEL PACIENT**

El/la fisioterapeuta Sr./Sra. ............................................................................................................ amb número de col·legiat/da ................ amb domicili professional a ........................................... ............................................................................... de .................................................................... i telèfon .....................................

Per la present es requereix que el/la Sr./Sra. ................................................................................. amb DNI número ........................................... es presenti al centre de fisioteràpia el dia ........ de ........................... de 2020 per ser atès per al tractament de ......................................................... .........................................................................................................................................................

S’expedeix el present certificat als efectes de justificant de trasllat del seu domicili a aquesta consulta sanitària als efectes de desplaçament mentre es mantingui l’actual ESTAT d’ALARMA i sigui requerit per l’autoritat pertinent.

..................................................................................., ......... de ......................... de 2021.

Signatura i segell del col·legiat Signatura del pacient