

**JUSTIFICANTE DE TRASLADO DEL PACIENTE**

El/la fisioterapeuta Sr./Sra. ............................................................................................................ con número de colegiado/a ................ con domicilio profesional en ............................................ ............................................................................... de .................................................................... y teléfono .....................................

Por la presente se requiere que el/la Sr./Sra. ................................................................................ con DNI número ........................................... se presente en el centro de fisioterapia el día ........ de ........................... de 2020 para ser atendido para el tratamiento de ....................................... ........................................................................................................................................................

Se expide el presente certificado a efectos de justificante de traslado de su domicilio a esta consulta sanitaria a los efectos de desplazamiento mientras se mantenga el actual ESTADO de ALARMA y sea requerido por la autoridad pertinente.

En.................................................................................., a ......... de ......................... de 2021.

Firma y sello del colegiado Firma del paciente