

D/Dña, , dni , como director de la/ del centro/ ortopedia, sita en

CERTIFICA: que

- D./Dña , que trabaja como debe desplazarse a dicho centro de trabajo para cumplir con su jornada laboral.

Y para que conste a los efectos de movilidad por la situación creada por la pandemia producida por el COVID-19, firmo la presente en:

En a de Marzo de 2020

Fdo.: