

JUSTIFICANT DE TRASLLAT DEL PACIENT

El professional _____ amb domicili professional a **Integral, medicina integrativa i escola de salut** amb registre sanitari número **E08574735** al Carrer Diputació, 321 1-1 de Barcelona i telèfon 934 677 420.

Web del centre: www.integralcentremedic.com

CERTIFICA

Que el Sr./até visita al nostre centre el dia..... de.....de 2020 a leshores. Essent aquest un servei essencial.

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 la resolució **SLT/2700/2020, de 29 de octubre**, per la que es prorroguen i es modifiquen les mesures en matèria de salut pública per la **contenció del brot epidèmic de la pandèmia de COVID-19** al territori de Catalunya i sigui requerit per l'autoritat pertinent.

Barcelona, ___ de _____ de 2020.

Signatura i segell centre



Signatura del pacient