**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA MOVILIDAD DE PACIENTES AL AMPARO DEL DECRETO DEL PRESIDENTE 8/2020, DE 29 DE OCTUBRE (BOJA DE 29 DE OCTUBRE DE 2020)**

**D/Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,** con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ como titular/representante de la **clínica dental** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con NIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ situado en:

 - CLINICA DENTAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - DOMICILIO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - TELÉFONO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 - HORARIO DE APERTURA AL PÚBLICO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARA RESPONSABLEMENTE QUE:**

D/.Dª\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tiene cita en esta clínica dental el DIA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ a las \_\_\_\_\_\_\_\_ HORAS para un tratamiento dental.

 Para que conste a los efectos de facilitar los trayectos necesarios entre su lugar de residencia y la clínica, suscribo la presente declaración responsable al amparo de los establecido en el Decreto del Presidente de la Junta de Andalucia 8/2020, de 29 de octubre [BOJA de 29 de Octubre de 2020].

En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_, de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

Fdo.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_