**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA MOVILIDAD DE PACIENTES AL AMPARO DEL DECRETO DEL PRESIDENTE 9/2020, DE 8 DE NOVIEMBRE (BOJA DE 8 DE NOVIEMBRE 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 9/2020, de 8 de noviembre [BOJA de 8 de noviembre de 2020].

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

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