**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA LA MOVILIDAD DE TRABAJADORES POR CUENTA AJENA 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presta sus servicios en esta clínica dental mediante contrato de trabajo con la categoría profesional de Auxiliar/ Higienista/ Dentista, por lo que se tiene que desplazar desde su residencia a la clínica para desarrollar su actividad laboral dentro del referido horario.

Para que conste a los efectos de facilitar los trayectos necesarios entre su lugar de residencia y su lugar de trabajo, 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.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_