



## JUSTIFICANT DE TRASLLAT DEL PACIENT

El/la fisioterapeuta Sra. **Sira del Castillo Sáez** amb número de col·legiada **10230** amb domicili professional a **Església, 18 de Calella** i telèfon **616 659 323**

Per la present es requereix que el/la Sr./Sra. ....  
amb DNI número ..... es presenti al centre de fisioteràpia el dia ..... de  
..... de 2021 per ser atès per al tractament de .....

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 l'actual ESTAT d'ALARMA i sigui requerit per l'autoritat pertinent.

....., ..... de ..... de 2021.

Signatura de la col·legiada.

Signatura del pacient