**CERTIFICADO ACREDITATIVO INDIVIDUAL DE NECESIDAD**

**DE DESPLAZAMIENTO PERSONAL POR MOTIVOS LABORALES**

**(Medidas adoptadas provisionalmente por la situación sanitaria debida al COVID-19)**

D/Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ en representación de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con CIF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y domiciliada en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y en calidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, por medio del presente escrito,

**CERTIFICA:**

Que el/la trabajador/a D/Dña \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y con domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ presta servicios para la citada empresa en las siguientes condiciones:

* Que el/la citado/a trabajador/a debe desplazarse diariamente desde su domicilio particular hasta su centro de trabajo ubicado en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, que permanece abierto durante el periodo de Estado de Alarma decretado por el Gobierno de España, y Decretos y/o acuerdos de la Comunidad autónoma de Extremadura, por no ser empresa dedicada a alguna de las actividades obligadas al cierre.
* Que, además, el/la citado/a trabajador/a debe desplazarse diariamente desde su domicilio particular hasta otros centros de trabajo, de nuestra empresa o de otras distintas, para realizar sus labores en:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Que se firma el presente certificado a los efectos de que consten acreditadas ante las autoridades competentes la realidad de sus obligaciones laborales y la necesidad de realizar los desplazamientos señalados.

*FECHA Y LUGAR DE FIRMA DEL CERTIFICADO*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

Fdo. [Representante de la empresa]