

**CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS LABORALES**

D./D.ª NOMBRE\_SECRETARIO/A, Secretario/a del NOMBRE\_DEL\_CENTRO, con domicilio en LOCALIDAD\_DEL\_CENTRO, DIRECCIÓN\_DEL\_CENTRO.

CERTIFICA:

Que D./D.ª \_\_\_\_\_, con DNI \_\_\_\_\_, desempeña sus funciones como PUESTO\_DE\_TRABAJO en este centro, con horario laboral de \_\_:\_\_ a \_\_:\_\_ de lunes a viernes, por lo que no debe tener restricciones de movilidad por motivos laborales en el acceso y salida, hacia o desde la localidad de LOCALIDAD\_DEL\_CENTRO.

Este certificado debe considerarse para el acceso y salida a su domicilio si su localidad de residencia estuviera sometida, de igual modo, a cierre perimetral decretado por la Junta de Andalucía.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos donde proceda, expido la presente certificación en LOCALIDAD\_DEL\_CENTRO, en el día de la fecha.

En LOCALIDAD\_DEL\_CENTRO, a \_\_ de octubre de 2020.

V.º B.º Dirección

El/la Secretario/a

Fdo.: NOMBRE\_DIRECTOR/A

Fdo.: NOMBRE\_SECRETARIO/A

