
MODELO DE CERTIFICADO PERSONAL CENTRO SANITARIO

_____ (Organismo competente), con NIF _____ y domicilio social en _____, y en su nombre y representación _____ con NIF _____ en calidad de responsable,

CERTIFICA

Que D./Dña _____, con NIF _____, ha prestado sus servicios en _____ (**)(centro hospitalario (*público o privado/centro de salud público/consultorio de atención primaria público/servicios públicos o privados de urgencias y emergencias) en calidad de _____ (categoría profesional) en el período comprendido entre el (mínimo 14 de marzo de 2020) y el (máximo 31 de octubre de 2020).

Que la persona arriba indicada ha resultado fallecida / ha requerido de ingreso en un centro hospitalario(*) público o privado y ha estado implicada directamente en la lucha contra el COVID-19 en el desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional.

Y para que así conste y a petición se extiende el presente certificado en _____ a _____ de _____ de _____.

Firmado y sellado.

(*) Incluye instalaciones sanitarias temporales o portátiles que han sido habilitadas como establecimientos hospitalarios adicionales con ocasión de la pandemia (hospitales de campaña u hoteles medicalizados dependientes de hospitales o de las Comunidades Autónomas). No se entienden incluidos los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

(**) Sólo pueden reflejarse en el certificado los centros o servicios que se recogen en este modelo de certificado.

MODELO DE CERTIFICADO PERSONAL RESIDENCIAS

_____ (Organismo competente), con NIF _____ y domicilio social en _____, y en su nombre y representación _____ con NIF _____ en calidad de responsable,

CERTIFICA

Que D./Dña _____, con NIF _____, ha prestado sus servicios en(**) _____ (residencia de mayores pública o privada/residencia para personas con discapacidad intelectual pública o privada/ residencia para personas con discapacidad física pública o privada/ residencia para personas con parálisis cerebral pública o privada/ residencia para personas con autismo pública o privada/ residencia de salud mental pública o privada) en calidad de _____ (categoría profesional) en el período comprendido entre el (mínimo 14 de marzo de 2020) y el (máximo 31 de octubre de 2020).

Que la persona arriba indicada ha resultado fallecida / ha requerido de ingreso en un centro hospitalario(*) público o privado y ha estado implicada directamente en la lucha contra el COVID-19 en el desarrollo de su actividad laboral, estatutaria o profesional.

Y para que así conste y a petición se extiende el presente certificado en _____ a _____ de _____ de _____.

Firmado y sellado.

(*) Incluye instalaciones sanitarias temporales o portátiles que han sido habilitadas como establecimientos hospitalarios adicionales con ocasión de la pandemia (hospitales de campaña u hoteles medicalizados dependientes de hospitales o de las Comunidades Autónomas). No se entienden incluidos los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

(**) Sólo pueden reflejarse en el certificado las residencias que se recogen en este modelo de certificado.
