
MODELO DE CERTIFICADO PERSONAL SANITARIO

_____ (Organismo competente), con CIF _____ 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 _____ (médico/enfermero o matrona/ técnico en cuidados auxiliares de enfermería/farmacéutico/especialista en radiofísica hospitalaria o en análisis clínicos/técnico superior en laboratorio clínico o biomédico o en imagen para el diagnóstico y medicina nuclear /fisioterapeuta/MIR/EIR/FIR/PIR/QIR/RFIR/ celador/técnico en emergencias sanitarias/ profesional contratado conforme a lo dispuesto en la Orden SND/232/2020) en el período comprendido entre el (mínimo 14 de marzo de 2020) y el (máximo 13 de septiembre 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, habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19.

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 públicos adicionales con ocasión de la pandemia, pero no se entienden incluidos los hoteles medicalizados, ni tampoco los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

** Sólo pueden reflejarse en el certificado los centros o servicios y las categorías profesionales que se recogen en este modelo de certificado.

MODELO DE CERTIFICADO PERSONAL RESIDENCIAS MAYORES

_____ (Organismo competente), con CIF _____ 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) en calidad de** _____ (médico/enfermero/técnico en cuidados auxiliares de enfermería/gerocultor) en el período comprendido entre el (mínimo 14 de marzo de 2020) y el (máximo 13 de septiembre 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, habiendo mantenido contacto físico con personas infectadas por el COVID-19.

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 públicos adicionales con ocasión de la pandemia, pero no se entienden incluidos los hoteles medicalizados, ni tampoco los domicilios particulares aunque se realicen hospitalizaciones domiciliarias.

** Sólo pueden reflejarse en el certificado las residencias de mayores públicas o privadas y las categorías profesionales que se recogen en este modelo de certificado.
