**CERTIFICADO EMPRESARIAL DE DESPLAZAMIENTO POR MOTIVOS LABORALES**

D/Dª

Con DNI:

en calidad de ADMINISTRADOR/A de la mercantil (En caso de Autónomos con trabajadores indicar que es profesional autónomo con trabajadores)

CIF:

Dirección Centro de Trabajo:

Actividad de la empresa:

CNAE:

**INFORMA Y CERTIFICA ANTE LA AUTORIDAD CORRESPONDIENTE**

1. Que la persona abajo referenciada es empleado/a de la empresa
2. (opción 1) Que el trabajador tiene su domicilio habitual en una de las zonas afectadas por las restricciones a la movilidad dictadas por la Administración autonómica, en desarrollo del RD del 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

(opción 2) Que el trabajador tiene su centro de trabajo habitual en una de las zonas afectadas por las restricciones a la movilidad dictadas por la Administración autonómica, en desarrollo del RD del 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2.

(Opción III), Que por razón de la la actividad de esta empresa el trabajador debe desplazarse a otros centros de trabajo, o a las instalaciones de los clientes, que estén ubicados en zonas afectadas por las dictadas por la Administración autonómica, en desarrollo del RD del 926/2020, de 25 de octubre, por el que se declara el estado de alarma para contener la propagación de infecciones causadas por el SARS-CoV-2, por lo que pueden ser necesarios traslados entre su domicilio y/o el centro de trabajo y los lugares en los que deben ser realizadas las actividades de esta empresa.

1. Que, en función del tipo de servicio, el traslado puede tener que hacerse por más de un trabajador en el mismo medio de transporte.
2. Que el horario laboral del trabajador/a, es de ………, lo que puede exigir desplazamientos dentro del horario de limitación nocturna de la movilidad.
3. Lo que expido y firmo a los efectos legalmente oportunos

**DATOS DEL TRABAJADOR**

D/Dª: (nombre y apellidos del Trabajador)

DNI:

En Madrid a de de 2020

Firma y sello empresa