

---

## MODEL DE CERTIFICAT PER AL PERSONAL SANITARI

\_\_\_\_\_ (organisme competent), amb CIF \_\_\_\_\_ i domicili social a \_\_\_\_\_, i en el seu nom i representació \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, en qualitat de responsable,

### CERTIFICA

Que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, ha prestat els serveis a\*\* \_\_\_\_\_ (centre hospitalari\* públic o privat/centre de salut públic/consultori d'atenció primària públic/serveis públics o privats d'urgències i emergències) en qualitat de\*\* \_\_\_\_\_ (metge/infermer o llevadora/tècnic en cures auxiliars d'infermeria/farmacèutic/especialista en radiofísica hospitalària o en anàlisis clíniques/tècnic superior en laboratori clínic o biomèdic o en diagnòstic per la imatge i medicina nuclear /fisioterapeuta/MIR/IIR/FIR/PIR/QIR/RFIR/ zelador/tècnic en emergències sanitàries/professional contractat conforme al que disposa l'Ordre SND/232/2020) en el període comprès entre el (mínim el 14 de març de 2020) i el (màxim el 13 de setembre de 2020).

Que la persona abans indicada ha resultat morta / ha requerit l'ingrés en un centre hospitalari\* públic o privat i ha estat implicada directament en la lluita contra la COVID-19 en el desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional per haver mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

I perquè així consti i a petició s'estén aquest certificat a \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Signat i segellat.

\* Inclou les instal·lacions sanitàries temporals o portàtils que han estat habilitades com a establiments hospitalaris públics addicionals en ocasió de la pandèmia, però no s'entenen inclosos els hotels medicalitzats ni tampoc els domicilis particulars tot i que s'hi facin hospitalitzacions domiciliàries.

\*\* Només es poden reflectir al certificat els centres o serveis i les categories professionals que es recullen en aquest model de certificat.

---

---

**MODEL DE CERTIFICAT PER AL PERSONAL DE RESIDÈNCIES DE GENT GRAN**

\_\_\_\_\_ (organisme competent), amb CIF \_\_\_\_\_ i domicili social a \_\_\_\_\_, i en el seu nom i representació \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, en qualitat de responsable,

**CERTIFICA**

Que el Sr./Sra. \_\_\_\_\_, amb NIF \_\_\_\_\_, ha prestat els serveis a\*\* \_\_\_\_\_ (residència de gent gran pública o privada) en qualitat de\*\* \_\_\_\_\_ (metge/infermer/tècnic en cures auxiliars d'infermeria/gerocultor) en el període comprès entre el (mínim el 14 de març de 2020) i el (màxim el 13 de setembre de 2020).

Que la persona abans indicada ha resultat morta / ha requerit l'ingrés en un centre hospitalari\* públic o privat i ha estat implicada directament en la lluita contra la COVID-19 en el desenvolupament de la seva activitat laboral, estatutària o professional per haver mantingut contacte físic amb persones infectades per la COVID-19.

I perquè així consti i a petició s'estén aquest certificat a \_\_\_\_\_, el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Signat i segellat.

\* Inclou les instal·lacions sanitàries temporals o portàtils que han estat habilitades com a establiments hospitalaris públics addicionals en ocasió de la pandèmia, però no s'entenen inclosos els hotels medicalitzats ni tampoc els domicilis particulars tot i que s'hi facin hospitalitzacions domiciliàries.

\*\* Només es poden reflectir al certificat les residències de gent gran públiques o privades i les categories professionals que es recullen en aquest model de certificat.

---