**NOMBRE DEL CENTRO - PSICÓLOGO/A**

**Dirección postal**

**Correo electrónico**

**Teléfono**

D./Dª**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***, psicólogo/a, con NIF núm. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, Colegiado/a núm. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, **CERTIFICA:**

**Primero.-** Que mi paciente,D./Dª **\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***, con DNI núm. \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*,es una persona que sufre:

**(DEJAR LO QUE PROCEDA)**

**\_\_\_\_\_ Trastorno del espectro autista.**

**\_\_\_\_\_ Otras alteraciones conductuales y conductas disruptivas.**

**Segundo.- Que por el perjuicio que puede suponer para su salud, su seguridad y la seguridad de sus familiares, en base** al **artículo 2º de la Instrucción de 19 de marzo de 2020, del Ministerio de Sanidad, por la que se establecen criterios interpretativos para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19**, **se ha prescrito al citado paciente la conveniencia de circular por las vías de uso público con un acompañante y siempre y cuando se respeten las medidas necesarias para evitar el contagio.**

Lo que certifico en \*\*\*\*\*\*\*\*\*\*, a \*\*\*\*\*\*\* de \*\*\*\*\*\*\*\*\*de 2020.

Fdo.