

**ANEXO****DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL MOTIVO DEL DESPLAZAMIENTO A LA COMUNIDAD  
AUTÓNOMA DE CANARIAS A EFECTOS DE LAS RESTRICCIONES A LA MOVILIDAD DE PERSONAS  
PARA EL CONTROL DEL COVID-19****DATOS PERSONALES**

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NOMBRE	DNI
TELEFONO	CORREO ELECTRÓNICO

**ORIGEN**

PAIS	PROVINCIA		
MUNICIPIO	LOCALIDAD		
CALLE			
Nº	PISO	PUERTA	CÓDIGO POSTAL

**DESTINO**

ISLA	MUNICIPIO		
LOCALIDAD			
CALLE			
Nº	PISO	PUERTA	CÓDIGO POSTAL
FECHA DE LLEGADA	FECHA DE REGRESO		

**MOTIVO DEL VIAJE**

Asistencia a centros, servicios y establecimientos sanitarios	
Desplazamiento al lugar de trabajo para efectuar su prestación laboral, profesional o empresarial	
Retorno al lugar de residencia habitual	
Asistencia y cuidado a mayores, menores, dependientes, personas con discapacidad o personas especialmente vulnerables	
Desplazamiento a entidades financieras y de seguros	
Garantizar el abastecimiento de bienes y servicios a la población	
Por causa de fuerza mayor o situación de necesidad. <b>ESPECIFICAR:</b>	
Cualquier otra actividad de análoga naturaleza. <b>ESPECIFICAR:</b>	
Otros. <b>ESPECIFICAR:</b>	

Declaro bajo mi responsabilidad la veracidad de los datos que se han hecho constar

Lugar:

Fecha:

Firma: