

(acompañar en la medida de lo posible de prescripción facultativa)

DON/DOÑA (Nombre y Apellidos del Profesional de Salud Mental de la entidad) _____, como psicólogo/a de la entidad _____ con N.I.F nº _____, y nº de colegiado _____.

CERTIFICA.:

Que Don /Doña (nombre y apellidos persona con discapacidad), con NIF xxxx dispone de un dictado facultativo emitido por [organismo que emite el certificado de discapacidad] que establece que presenta un grado de discapacidad del xxxx.

Además, Don/Doña XXXX es una persona con graves dificultades para comprender el motivo y alcance de las medidas adoptadas por el Real Decreto 463/2020, de 14 de marzo, que declara el estado de alarma en todo el territorio nacional para la gestión de la situación de crisis sanitaria ocasionada por el COVID-19. Don/Doña xxxx tampoco es capaz de adaptarse a una situación de confinamiento mantenida en el tiempo ya que ello le genera altos niveles de estrés que desencadenan conductas que por su intensidad, frecuencia o duración implican un riesgo para su salud y seguridad o la de quienes conviven con ellas.

Por tanto, en base a motivos de salud y seguridad, tanto de la propia persona como de quienes conviven con ella, resulta imprescindible para Don/Doña XXXX poder contar con la posibilidad de salir a la calle o pasear en coche durante breves periodos de tiempo debido al efecto terapéutico que para (él o ella) tienen estas salidas.

Y para que conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en _____, a _____, de _____ de 2020

Fdo.: _____
Psicólogo de la entidad _____