



**CERTIFICADO DE DESPLAZAMIENTO PARA PACIENTES MENORES DE EDAD**  
**QUE ASISTEN A ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE ÓPTICA**

D./Dña .....  
óptico-optometrista con nº de colegiado/a ..... y DNI.....  
como Director/a Técnico/a del establecimiento sanitario de óptica  
..... en la calle  
..... de .....  
(CP.....)

**CERTIFICA**

Que ..... tiene visita en nuestro  
establecimiento el día ..... de ..... de 2020 a las .....  
horas.

Por ser menor vendrá acompañada/o por .....

Así lo hago constar a los efectos que corresponda a ..... de .....  
de 2020.

**Firma y sello establecimiento**