**EMPRESA XXXXXXXXXXXX , S.L.**

**DOCMICLIO**

**CIF**

**En ……………. a 24 de octubre de 2020.**

**D……………………………………, titular de DNI …………………., en su calidad de Director Gerente (*Director de RRHH Administrador etc… poner lo que proceda*) de la empresa XXXXXXXXXXXXXXXX, dedicada a ………..**

**CERTIFICA:**

**El/la trabajador/a D./Dª ………………………………, titular del DNI ……………, presta servicios en nuestra empresa siendo su centro de trabajo el ubicado en ………………………….**

**Su horario laboral es de lunes a viernes…… (*poner lo que proceda*) con los pertinentes descansos.**

**Dicho trabajador debe desplazarse desde su domicilio particular al centro de trabajo que permanece abierto durante el periodo de la limitación a la entrada y salida de los núcleos urbanos de Oviedo, Gijón y Avilés, establecido hasta las 24 horas del próximo día 7 de noviembre por la Resolución de la Consejería de Salud del Principado de Asturias (BOPA 23/10/2020).**

**Se expide el presente certificado a los efectos de su posible acreditación ante la autoridad competente.**

**En ………… a 24 de octubre de 2020.**

**Nombre y apellidos**

**Empresa**

**Sello y firma**