



2.- Declaración responsable de la persona interesada

D./D^a

Con Documento de Identificación/Pasaporte nº

y Domicilio en

Datos del Representante (cumplimentar sólo en caso de que el solicitante actúe por medio de tutor legal o persona autorizada)

D./D^a

Con Documento de Identificación/Pasaporte nº

y Domicilio en

Actuando en su propio nombre y derecho, a efectos de solicitar el reconocimiento del acceso a la asistencia sanitaria pública

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

- ✓ Que no existen terceros obligados al pago de la asistencia sanitaria.
- ✓ Que quedo informado de que la Administración se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar la certeza de lo que en este documento declaro responsablemente y que, de no ser ciertas, se reserva la posibilidad de suspender la cobertura sanitaria.

Firma del solicitante:

D / D^a.

En, a dede 20