

4.-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 carezco de cobertura sanitaria en mi país de origen o procedencia y que no puedo exportar el derecho a la asistencia sanitaria desde el mismo.

- ✓ 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 _____ de _____ de 20____