



## DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/Doña \_\_\_\_\_, mayor de edad, con domicilio en C/ \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, con DN/NIE \_\_\_\_\_, actuando en su propio nombre y derecho o en representación de Don/Doña \_\_\_\_\_, con domicilio en C/ \_\_\_\_\_, n.º \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, con DNI/NIE \_\_\_\_\_, en calidad de \_\_\_\_\_, a efectos de solicitar la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria en el ámbito de la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, de acuerdo con lo establecido en el Real Decreto 576/2013, de 26 de julio (BOE de 27 de julio de 2013).

### DECLARO RESPONSABLEMENTE

**Que cumplo / que mi representado/a cumple con el requisito de no tener acceso a un sistema de protección sanitaria pública por cualquier título.**

Que conozco / que mi representado/a conoce que la Administración se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar la certeza de lo que en este documento se declara y que, de no ser ciertas, se reserva la posibilidad de llevar a cabo cuantas actuaciones considere oportunas.

Firma del/la solicitante o representante:

Don/Doña: \_\_\_\_\_  
*Nombre, apellidos y firma*

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20