

**DECLARACIÓN RESPONSABLE
ANEXO II**

D./Dña.

nacido el día / / , en municipio y país
con NIF/NIE/Pasaporte

con domicilio habitual en:

Tipo de vía:

Nombre de vía:

Nº: Piso:

Letra:

Municipio:

Provincia:

C.Postal:

FÓRMULA DECLARACIÓN EXPRESA Y RESPONSABLE:

- 1.- Que no tengo la condición de asegurado o de beneficiario a efectos de la prestación sanitaria reconocida por el INSS/ISM, y que carezco de cualquier tipo de protección sanitaria pública.
- 2.- No procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria desde mi país de origen o procedencia.
- 3.- No he suscrito Convenio Especial con el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia

LUGAR, FECHA Y FIRMA

En , a de de

Firmado: