

Datos personales

Nombre y apellidos del/la solicitante	
D.N.I.	Municipio
Dirección	
Incapacitado	Representante legal

DECLARO, en mi nombre o en nombre de la persona a la que represento:

1. No padecer enfermedad que precise atención imprescindible y continuada en Centro Hospitalario
2. No haber sido sancionado con expulsión definitiva de un Centro similar
3. No padecer enfermedad infecto-contagiosa, ni trastornos de la conducta que puedan perturbar gravemente la convivencia en el Centro

DECLARO bajo mi expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación que se adjunta. La falsedad de los datos declarados o de la documentación aportada para la acreditación de las circunstancias determinantes de los criterios de valoración conllevará la exclusión de la solicitud o del programa, sin perjuicio de la exigencia de las responsabilidades que de otro orden se pudieran exigir.

Declaración firmada por el/la solicitante D./D.^a _____

Declaración firmada por el/la representante legal D./D.^a _____

En _____, a ____ de _____ de _____

Firmado