

**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.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Declaración firmada por el/la representante legal D./D.<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

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

Firmado