

MODELO DE DECLARACION RESPONSABLE

D/Dña. _____

Con D.N.I./pasaporte español nº _____

Calle/Plaza/Avda.: _____

Localidad: _____ C.P. _____ Estado _____

Teléfono Móvil: _____

Correo Electrónico: _____

Como solicitante de:

- la ayuda al Emigrante Retornado,
- del Informe de No Exportación del Derecho a la Asistencia Sanitaria,
- de solicitud de alta/baja/variación de datos de Convenios especiales de la Seguridad Social,

y de acuerdo con la Declaración Responsable recogida según el art. 69 de la ley 39/2015.

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

Que cumpla con los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener el beneficio que solicito, que dispongo de la documentación que así lo acredita y presento mediante correo electrónico a la Consejería de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social habida cuenta de la situación sanitaria en México.

Me comprometo a aportar al organismo pertinente la documentación original siempre que así la administración me lo requiriera. Adjunto copias de:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

Firma.: _____