



ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

Declaración responsable:

Declaro que son ciertos los datos reflejados en esta solicitud y los documentos aportados, y conozco que la inexactitud, falsedad u omisión en cualquier dato o documento puede producir los efectos previstos en el artículo 71 bis punto 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

AUTORIZO a este órgano gestor del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha para que pueda proceder a la comprobación y verificación de los siguientes datos:

- SI** **NO**: Los acreditativos de identidad.
 SI **NO**: Los acreditativos de la tarjeta sanitaria individual.

Todo ello en los términos establecidos en los artículos 4 y 5 del Decreto 33/2009, de 28 de abril, por el que se suprime la aportación de determinados documentos en los procedimientos administrativos de la Administración de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y de sus organismos públicos vinculados o dependientes, comprometiéndose, en caso de no autorización, a aportar la documentación pertinente.

Documentación que se adjunta:

Los solicitantes que no hayan prestado su consentimiento para que la Administración compruebe directamente los datos referidos (acreditativos de identidad, de domicilio o residencia) deberán aportar:

- Fotocopia del NIF o NIE
- Fotocopia de Tarjeta Sanitaria Individual

En..... ade..... de.....

Firma del solicitante

GERENCIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE TOLEDO