

ANEXO II.

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE QUE NO PROCEDE LA EXPORTACIÓN DEL DERECHO A LA ASISTENCIA SANITARIA DESDE EL PAÍS DE PROCEDENCIA

D./Doña _____,
mayor de edad, con domicilio en C/ _____ n.º _____ de
_____ CP _____,
nacido en _____,
el día _____ de _____ de _____,
de nacionalidad _____,
y con Pasaporte/NIE n.º _____,
actuando en su propio nombre y derecho, a efectos de solicitar el reconocimiento del
acceso a la asistencia sanitaria pública en el ámbito de la Comunidad Autónoma de
Aragón.

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que no procede la exportación del derecho a la prestación de asistencia sanitaria, desde mi país de origen o procedencia.

Que conozco que la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón se reserva el derecho a realizar cuantas comprobaciones estime convenientes para verificar la certeza de lo que en este documento se declara y que, de no ser ciertas, se reserva la posibilidad de llevar a cabo cuantas actuaciones considere oportunas.

Firma del solicitante:

D./Doña:

Nombre apellidos y firma

En _____, a _____ de _____ de 20____