

ANEXO III. DECLARACIÓN RESPONSABLE

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 en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Aragón.

DECLARO RESPONSABLEMENTE

Que no tengo la condición de asegurado o de beneficiario a efectos de la prestación
sanitaria reconocida por el INSS/ISM, y que carezco de cualquier tipo de protección
sanitaria pública.

**Que la totalidad de los ingresos anuales del año _____ percibidos por
la unidad familiar son de _____ €**

Que el número de miembros de mi unidad familiar son los siguientes:

**Que el patrimonio total de los miembros de mi unidad familiar en el año
_____ ascendió a un valor total de _____ €**

Que los datos anteriores son ciertos y correctos y 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.

Firma del solicitante:

D./Doña:

Nombre apellidos y firma

En _____, a _____ de _____ de 201_____

Nota: A los efectos de la presente Declaración constituyen la unidad familiar, los cónyuges, los hijos
menores de 18 años y los mayores de esa edad sujetos a la patria potestad.