

ANEXO

Declaración responsable para el reconocimiento del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria a cargo de fondos públicos

Don/Doña
con número de identidad y domicilio

A los efectos previstos en el artículo 3ter.2 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, para el acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos de las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España, con residencia en la Comunidad de

DECLARO RESPONSABLEMENTE:

☐	No estar obligado a suscribir un seguro médico de enfermedad.
☐	No contar con cobertura de asistencia sanitaria pública por ninguna otra vía.
☐	No poder exportar el derecho a la asistencia sanitaria a cargo de otro país.
☐	Que no existe un tercero obligado al pago de mi asistencia sanitaria.
☐	Que no dispongo de un visado de estancia en vigor, ni estoy inscrito en el Registro de Ciudadanos de la Unión Europea ni dispongo de Tarjeta de Identificación de Extranjero en vigor.

HE SIDO INFORMADO DE QUE:

☐	Este documento provisional acreditativo de la solicitud que da acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos no genera derecho a la atención sanitaria fuera del territorio español.
☐	La Administración podrá llevar a cabo las verificaciones necesarias para comprobar la validez y veracidad de la información que aporte.
☐	Las Administraciones podrán requerir en cualquier momento que se aporte la documentación que acredite el cumplimiento de los mencionados requisitos y que la persona interesada deberá aportarla.
☐	En caso de detectarse inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore en esta declaración responsable, el documento provisional acreditativo de la solicitud que da acceso a la asistencia sanitaria con cargo a fondos públicos quedará sin efecto desde el momento en que se tenga constancia de estos hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar, entre las que se encuentra el reintegro del importe de las prestaciones sanitarias recibidas desde la solicitud del mismo.

Firmado:

Don/Doña