



MINISTERIO
DE SANIDAD



GERENCIA DE ATENCIÓN
ESPECIALIZADA CEUTA

ANEXO II

DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE VERACIDAD DE COPIAS APORTADAS

D. /D^a. _____ con DNI/NIE/Pasaporte nº _____
y domicilio en _____
_____ CP _____ de la provincia de _____, actuando en nombre propio/ en
representación de ⁽¹⁾ _____ con DNI/NIE/Pasaporte nº _____
_____ y domicilio en _____ CP _____
_____ de la provincia de _____, en relación con las solicitudes presentadas para
formar parte en la presente convocatoria de INGESA-CEUTA en la categoría de
_____ de conformidad con lo previsto en el art 69.1 de la Ley 39/2015, de 1
de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Pública,

MANIFIESTO BAJO MI RESPONSABILIDAD

1º.- Que las fotocopias que acompañan a la presente son copia fiel de los originales que obran en mi poder, que dispongo de la documentación que así lo acredita, y que la pondré a disposición de la Administración cuando me sean requeridas, para su comprobación si así lo estiman conveniente.

2º.- Que conozco que la inexactitud o falsedad de cualquier dato o documento que acompaña a esta declaración responsable, puede tener consecuencias legales, y que la Administración, conforme a la normativa vigente, no reconocerá validez alguna en la documentación adjunta a los efectos para los que ha sido presentada.

Y para que así conste y surta los efectos oportunos, firmo la presente en

Ceuta a _____ de _____ de _____

EL INTERESADO

Fdo. _____

(1)En caso de representación adjuntar D.N.I del representante y representado