

**ANEXO V
DECLARACIÓN RESPONSABLE
JUSTIFICACIÓN DE LA CONCESIÓN DE AYUDAS ECONÓMICAS PARA TRATAMIENTOS DE ODONTOLOGÍA**

DATOS DE LA PERSONA FISICA INTERESADA

NOMBRE Y APELLIDOS			NIF/NIE	
DIRECCIÓN PARA NOTIFICACIONES (CALLE y Nº)		CÓDIGO POSTAL	MUNICIPIO	
PROVINCIA	TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO		
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	☐ HOMBRE	GRADO DEPENDENCIA	GRADO DISCAPACIDAD
		☐ MUJER		

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)

NOMBRE Y APELLIDOS			NIF/NIE	
DOMICILIO		LOCALIDAD		
TELÉFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRÓNICO			

DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona abajo firmante **DECLARA**:

- ☐ Que la identificación de la persona titular del tratamiento de odontología y, en su caso, de su representante, ha sido debidamente acreditada.
- ☐ Que son ciertos los datos consignados en la solicitud y los documentos aportados junto a la misma.
- ☐ Que el tratamiento realizado se ha ejecutado conforme a las bases de la presente convocatoria.
- ☐ Para el supuesto de actuaciones que hayan sido objeto de financiación, el beneficiario se compromete a destinar el importe íntegro de la ayuda recibida a amortizar total o parcialmente el contrato de préstamo suscrito, **debiendo presentar en el plazo de un mes desde el pago de la ayuda justificante de haber realizado la amortización**, cuyo importe deberá ser igual o superior a la ayuda concedida una vez descontadas las cuotas del contrato de préstamo que ya hayan sido satisfechas.

En Alcázar de San Juan, a

de

de 20

Fdo.