

**ANEXO IV
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	TELEFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO	
FECHA DE NACIMIENTO	ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> HOMBRE	GRADO DEPENDENCIA
		<input type="checkbox"/> MUJER	GRADO DISCAPACIDAD

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (EN SU CASO)

NOMBRE Y APELLIDOS		NIF/NIE	
DOMICILIO		LOCALIDAD	
TELEFONO DE CONTACTO	CORREO ELECTRONICO		

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 del 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.
- Que, en caso de cesión del derecho de cobro de la subvención a un profesional o centro odontológico cesionario, dicha cesión se formalizará conforme a la normativa aplicable y a lo previsto en la convocatoria, aportándose la correspondiente documentación acreditativa

En Alcázar de San Juan, a de de

Fdo.