



INSTITUTO INSULAR  
DE ATENCIÓN SOCIAL  
Y SOCIO SANITARIA

## Declaración Responsable

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE VERACIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA A FIN DE ACREDITAR EL ESTAR EN POSESIÓN DE LA MISMA A EFECTOS DE DAR CUMPLIMIENTO A LO EXIGIDO EN LA CONVOCATORIA PÚBLICA DE LISTA DE RESERVA DE MÉDICO ADJUNTO**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

CON DNI: \_\_\_\_\_ Y DOMICILIO EN \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DECLARA BAJO JURAMENTO, O PROMETE QUE LA DOCUMENTACIÓN PRESENTADA CORRESPONDE A DOCUMENTACIÓN ORIGINAL, ACREDITANDO, EN CONSECUENCIA, SU VERACIDAD Y POR TANTO DANDO CUMPLIMIENTO A LO EXIGIDO EN EL PUNTO 1 DE LA BASE CUARTA DE LAS BASES QUE RIGEN ESTA CONVOCATORIA.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

EN \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_