

## DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE VERACIDAD COPIAS APORTADAS

D./D<sup>a</sup>. ....., nacido/a el día (dd/mm/aa) .../.../.... en ....., provincia de ....., de nacionalidad ....., con D.N.I. / N.I.E. / Pasaporte ....., y domicilio en: ..... nº ..... piso: ..... letra: ..... C.P. .... de ....., provincia de ....., teléfono..... , email .....

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 Públicas,

### MANIFIESTO BAJO MI RESPONSABILIDAD:

1º.- Que cumplo con los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio.

**2º.- Que las copias que acompaño a la presente, son fiel copia 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 sea requerida, comprometiéndome a mantener dicha documentación a su disposición durante el tiempo inherente al reconocimiento o ejercicio de mi derecho.

3º.- Que conozco que la inexactitud o falsedad en cualquier dato o documento que acompaña a esta declaración responsable implicará la nulidad de lo actuado, impidiendo el ejercicio del derecho o actividad afectada, sin perjuicio de la obligación de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento del derecho y de las responsabilidades penales o de otro orden que en Derecho procedieren.

Sevilla, a .... de ..... de 20..

Firma del interesado:

Documentos que se adjuntan

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

SR. DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE SEVILLA