

# DECLARACIÓN JURADA

## Año 2018

D/Dña....., con DNI.....,  
domicilio en la Calle..... n° ..... de  
.....,CP.....,Tlf.....

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

**Que como paciente o tutor/ra legal del paciente que abajo se indica, estoy/está siendo atendido/a por el Servicio Extremeño de Salud, así mismo no solicitaré en mi nombre ni de terceros, prestaciones a otras Instituciones Públicas, que tengan la misma finalidad que las ayudas recibidas por AFAL y Programa Compañía.**

**Y para que así conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en (Localidad)..... a ..... de ..... de 2018.**

**Firma:**

**Fdo.- D/Dña.....**

**\* En caso de que el paciente sea menor de edad, los datos anteriores serán rellenados por el Tutor/ra legal del mismo y solo en este apartado el nombre del menor:.....**