



ANEXO V. DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE MEDIOS PARA LA ASISTENCIA (modelo 2, a presentar por cada uno de los centros sin personalidad jurídica por los que se solicite la colaboración)

D./Dña , con DNI número.....en nombre y representación del centro colaborador con personalidad jurídica , con N.I.F. al objeto de colaborar con el Instituto Nacional de la Seguridad Social en la prestación de asistencia sanitaria de Seguro Escolar,

DECLARA bajo su responsabilidad:

-Que para la delegación propia/concertada denominada , con sede física en..... , se solicita colaboración respecto de las siguientes prestaciones sanitarias:

- Derivadas de accidente escolar.
- Cirugía.
- Neuropsiquiatría ambulatoria.
- Neuropsiquiatría hospital de día.
- Neuropsiquiatría internamiento.
- Tocología.
- Fisioterapia.
- Radioterapia.
- Cobaltoterapia.
- Asistencia por riñón artificial.

Si se desea modificar el ámbito de colaboración de la delegación, habrá de remitirse nuevamente este documento.

En....., de.....de.....

Fdo: