



DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL FALLECIMIENTO DE PERCEPTOR DE PRESTACIONES DE LA SEGURIDAD SOCIAL



D/Dª: ..., mayor de edad, con DNI/NIE: ..., y domicilio en: ..., calle: ..., núm: ..., C.P.: ..., con teléfono móvil: ..., y dirección email: ...

COMUNICO al Instituto Nacional de la Seguridad Social o Instituto Social de la Marina el fallecimiento de:

Table with 2 columns and 5 rows: Nombre y apellidos, DNI/NIE, Domicilio, Relación con el firmante, Fecha de fallecimiento.

DECLARO bajo mi responsabilidad que como consecuencia de las medidas de confinamiento y limitación de movilidad decretadas por la crisis sanitaria del COVID-19 no me es posible aportar al procedimiento la documentación acreditativa del fallecimiento comprometiéndome a aportarla, si me fuera requerida, una vez que finalicen las actuales restricciones a la movilidad.

Y para que conste y tenga efectos en el procedimiento indicado, firmo la presente declaración en :

..., a ... de ... de 2020

Firma