DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE LA NECESIDAD DE ACCESO A UN SERVICIO DE TRANSPORTE DISCRECIONAL EN TAXI CON FINES MÉDICOS.

D./Dª.. ....……. .,con NIF….....…….., domiciliado/a en la localidad de ..……, y a los efectos de la formalización de solicitud de asignación a su favor de un servicio de transporte discrecional en taxi con fines médicos,

DECLARA:

Que precisando acceder a un servicio médico contemplado entre los previstos en las bases establecidas por el Ayuntamiento de Cortes de Arenoso 2021, para la asignación de un servicio de transporte discrecional en taxi con fines médicos, se encuentra en alguna de las siguientes situaciones:

• No dispone de vehículo propio.
• Adolece de incapacidad temporal para la conducción de vehículos.
• No dispone de licencia en vigor para la conducción de vehículos Manifiesta, asimismo, que ningún familiar o allegado puede asumir su traslado, por causa justificada, en la jornada y horario establecidos en la cita previa asignada. Todo ello en los términos del art. 69 apartado 1 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*.

* Ley 39/2015 art. 69.1: A los efectos de esta Ley, se entenderá por declaración responsable el documento suscrito por un interesado en el que éste manifiesta, bajo su responsabilidad, que cumple con los requisitos establecidos en la normativa vigente para obtener el reconocimiento de un derecho o facultad o para su ejercicio, que dispone de la documentación que así lo acredita, que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida, y que se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el período de tiempo inherente a dicho reconocimiento o ejercicio.

Firmado, en .....……. , a .....…..de ……... de 202……

D./Dª.....