

DECLARACIÓN GUARDADOR DE HECHO

D/D^a. _____ mayor de edad, con domicilio en _____
Calle /Avd./Plaza. _____ nº _____ provincia de _____
_____ a los efectos de poder representar ante la Delegación Territorial de Igualdad
Salud y Políticas Sociales (convocatoria de ayudas; subvenciones individuales), a
D/D^a. _____,
con domicilio en _____ Calle / Avd. /Plaza _____
_____ numero _____
provincia de _____ y D.N.I. _____,

Declara bajo mi responsabilidad:

- 1.- Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada, cuya relación con el mismo es la de: _____
- 2.- Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de autogobierno.
- 4.- Que en el supuesto de que prospere la solicitud que tiene formulada en nombre de la persona indicada, asume la obligación de administrar los derechos que pudieran reconocerse con la debida diligencia y en interés de la misma. Asimismo se compromete a comunicar cualquier variación de las circunstancias personales y familiares, ya que pueden tener incidencia en los derechos que en su caso se reconozcan.
- 5.- Que pondrá en conocimiento de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del presunto incapaz, pueda acaecer en el futuro

_____, a ____ de _____ de 2017

Fdo: _____