



ANNEX V. DECLARACIÓ RESPONSABLE SOBRE MITJANS PER A L'ASSISTÈNCIA (model 2, que ha de presentar cadascun dels centres sense personalitat jurídica pels quals se solliciti la col·laboració)

El Sr. / La Sra., amb DNI número....., en nom i representació del centre col·laborador amb personalitat jurídica, amb NIF, a fi de col·laborar amb l'Institut Nacional de la Seguretat Social en la prestació d'assistència sanitària d'assegurança escolar, DECLARA sota la seva responsabilitat:

— Que per a la delegació pròpia/concertada anomenada, amb seu física a, se sol·licita col·laboració respecte de les prestacions sanitàries següents:

- ☐ Derivades d'accident escolar.
- ☐ Cirurgia.
- ☐ Neuropsiquiatria ambulatoria.
- ☐ Neuropsiquiatria hospital de dia.
- ☐ Neuropsiquiatria internament.
- ☐ Tocologia.
- ☐ Fisioteràpia.
- ☐ Radioteràpia.
- ☐ Cobaltoteràpia.
- ☐ Assistència per ronyó artificial.

Si es vol modificar l'àmbit de col·laboració, cal tornar a trametre aquest document.

....., el, de/d'.....de.....

Signat: