



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

D./D.^a, con DNI número en
nombre y representación del centro colaborador con personalidad jurídica
....., con NIF, con el fin 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 internamento

☐ Tocoloxia

☐ Fisioterapia

☐ Radioterapia

☐ Cobaltoterapia

☐ Asistencia por rila artificial.

Se desea modificar el ámbito de colaboración, deberá remitirse nuevamente este
documento.

....., de de

Asdo.