



ANNEX V. DECLARACIÓ RESPONSABLE SOBRE MITJANS PER A L'ASSISTÈNCIA (model 1, que han de presentar els centres amb personalitat jurídica i professionals que sol·liciten la col·laboració)

El Sr. / La Sra., amb DNI número....., en nom i representació de, 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 seua responsabilitat:

— Que els mitjans identificats en les bases de dades aportades es posaran a disposició de l'INSS per a l'objecte de la col·laboració.

— Que el centre/professional sanitari sol·licita la col·laboració amb l'assegurança escolar en les prestacions sanitàries següents:

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

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

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

Signat: