

DECLARACIÓN GUARADADOR DE HECHO

D/Dª _____ DNI nº _____

mayor de edad con domicilio en _____

población _____ provincia de _____, a los efectos de poder

representar ante la Delegación Provincial de Igualdad y Bienestar Social de Granada en

el expediente Reconocimiento de Grado de Minusvalía a

D/Dª _____ DNI nº _____

hijo /a de _____ y de _____,

con domicilio en _____ población _____

provincia de _____ nº Telefono _____

DECLARAR Bajo su responsabilidad:

1) Que tiene bajo su guarda y cuidado a la persona anteriormente citada por las razones que a continuación se expresan: _____

2) Que a su juicio dicha persona no tiene capacidad de auto gobierno.

3) Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares, relacionados el dorso.

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 podrá en conocimiento de la Delegada Provincial de Asuntos Sociales de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del presunto incapaz, pueda acaecer en el futuro.

Granada a _____ de _____ de 2.00 ____

Fdo.- _____