



**ANEXO**  
**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

Don/Doña ....., con DNI ....., con domicilio en ....., localidad ....., provincia ....., con teléfono de contacto ..... y con correo electrónico .....

DECLARA bajo su responsabilidad que posee la capacidad funcional para el desempeño de las tareas del cuerpo, especialidad, opción o subopción ..... / de la categoría profesional .....<sup>1</sup>

En ....., fecha .....

Firma:

---

**ADVERTENCIA LEGAL:**

*La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a esta declaración responsable o la no presentación ante la Administración competente de la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.*

*Asimismo, la resolución de la Administración Pública que declare tales circunstancias podrá determinar la obligación de la persona interesada de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento del derecho, así como la imposibilidad de instar un nuevo procedimiento con el mismo objeto durante un período de tiempo determinado por la ley, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación.*

---

<sup>1</sup> Indicar lo que proceda, según el caso.