

DECLARACIÓN DE GUARDADOR DE HECHO

D./Da. mayor de edad, con domicilio en
..... Calle/Avda/Plaza Núm provincia de
..... D.N.I. /N.I.E./Pasaporte Núm a los efectos de poder
representar ante la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas en el expediente de reconocimiento
de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la
Dependencia a favor de D./D.a hijo de
y de, con domicilio en
Calle/Avda/Plaza núm provincia de
y D.N.I. /N.I.E./Pasaporte núm

DECLARA 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 autogobierno.
3. Que el presunto incapaz tiene los siguientes familiares:

| NOMBRE Y APELLIDOS | EDAD | PARENTESCO | DIRECCIÓN |
|--------------------|------|------------|-----------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 pondrá en conocimiento de la Agencia Navarra para la Autonomía de las Personas de forma inmediata cualquier cambio que, en relación a la custodia del presunto incapaz, pueda acaecer en el futuro

....., a de de 20....

Firma