**Declaración responsable**

**para acompañar a las Solicitudes de certificación de**

**Ambulancias No asistenciales A1 yA2 :**

No Asistencial Clase A1 / Convencional y

 No Asistencial Clase A2 / Transporte ccolectivo

**D./DÑA.**

**DNI.**

**TITULAR DE LA EMPRESA DE AMBULANCIA:**

**DECLARO RESPONSABLEMENTE : Que**

El/los vehículo/os, relacionados a continuación, cumplen con los requisitos técnico-sanitarios exigidos según se establecen en el Real Decreto 836/2012, de 25 de mayo, de los vehículos de transporte sanitario por carretera, en cuanto a equipamiento sanitario y dotación de personal para ser utilizado la tipología de ambulancia requerida, así como que dispone de la documentación que así lo acredita y que la pondrá a disposición de la Administración cuando le sea requerida y que se compromete a mantener el cumplimiento de las anteriores obligaciones durante el período de tiempo inherente a dicha certificación. En caso de que el referido vehículo sea dado de baja o sufra modificaciones que pudieran alterar las Condiciones Técnico Sanitarias requeridas para el uso al que está autorizado, el propietario deberá dar cuenta inmediata a la Consejería de Salud.

Igualmente, la persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces y declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| MATRICULA | BASTIDOR |  | MATRICULA | BASTIDOR |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

En Murcia a . de de 20

Fdo: ………………………………..