**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

D./Dª:

DNI/NIF

🞎 En nombre propio.

🞎 En representación de:

D./Dª

con DNI/NIF

**Que habiendo solicitado la subvención para el tratamiento con el método Petö a personas menores de dieciséis años diagnosticadas de parálisis cerebral o procesos neurológicos afines, realizados entre el 1 de octubre de 2024 al 30 de septiembre de 2025. (aprobada por Resolución 643E/2025, de 14 de julio, del Director General de Salud).**

**DECLARO:**

- Que cumplo las obligaciones señaladas en el artículo 9 de la Ley Foral 11/2005, de 9 de noviembre, de Subvenciones.

- No hallarme incurso/a en ninguna de las prohibiciones establecidas en el artículo 13.2 de la Ley Foral 11/2005, de 9 de noviembre, de Subvenciones.

**RESPECTO A OTRAS SUBVENCIONES OBTENIDAS:**

**En caso de haber obtenido** subvenciones de otras Administraciones Públicas, entes públicos o privados, o de particulares, nacionales o internacionales, en relación con el objeto de esta solicitud, hágalo constar en la siguiente tabla:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ORGANISMO** | **NOMBRE DE LA AYUDA** | **CUANTÍA** |
|  |  |  |

Igualmente, me comprometo a comunicar por escrito a este Departamento, en el plazo más breve posible desde que se tenga conocimiento de su obtención cualquier modificación que se produzca en las subvenciones especificadas en esta declaración.

Pamplona-Iruña,       de       de

(Firma)