

**ANEXO VIII  
Subvención N° 10**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE PARA TRATAMIENTO SOLICITADO.**

D./D<sup>a</sup> .....  
con DNI/NIE N° .....

DECLARA bajo su responsabilidad

Que no ha renunciado voluntariamente a los tratamientos solicitados que pudiera recibir por el Servicio Cántabro de Salud, Mutuas, o cualquier otra entidad pública o privada

Firma del solicitante o representante legal

En..... a ..... de ..... de 2019