

IMPRESO DE DECLARACIÓN RESPONSABLE

Don/Dña _____

Con DNI/NIE o Pasaporte nº _____, como padre/madre/tutor o representante legal (táchese lo que no proceda) del alumno/alumna _____

DECLARO:

Que el documento de **AUTORIZACIÓN DE TRASPASO DE INFORMACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS SANITARIOS Y EDUCATIVOS** que se adjunta a esta declaración, está firmado por uno solo de los progenitores debido a:

- ☐ Familia monoparental.
- ☐ Fallecimiento del otro progenitor.
- ☐ Privación al otro progenitor de la patria potestad de los hijos por resolución judicial.
- ☐ Orden o sentencia de alejamiento u otras medidas cautelares.
- ☐ Imposibilidad material de contactar con el otro progenitor para actuar en el ejercicio ordinario de la patria potestad (art. 156 del Código Civil).
- ☐ Otras circunstancias (especificar):

Firma padre/madre o tutor/a legal

DNI/NIE o N° de Pasaporte