



ANEXO

**DECLARACIÓN RESPONSABLE**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_, con D.N.I.  
\_\_\_\_\_

y TELEFONO: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO/A DEL CUERPO DE \_\_\_\_\_

DESTINADO/A EN \_\_\_\_\_

DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD QUE CONCURRE EN EL SUPUESTO DE EXENCIÓN DE LA ASISTENCIA A SU CENTRO DE TRABAJO QUE SE DETERMINA A CONTINUACIÓN:

- DIFICULTADES DE DESPLAZAMIENTO COMO CONSECUENCIA DE LOS FENÓMENOS METEREOLÓGICOS ADVERSOS
- RESPONSABILIDADES FAMILIARES POR CIERRE DE CENTROS EDUCATIVOS, CENTROS DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA, DE CARÁCTER ASISTENCIAL O SIMILARES.
- EFECTOS DIRECTOS Y DESTRUCTIVOS PERSONALES O PATRIMONIALES

Fdo.: \_\_\_\_\_