

## DECLARACIÓN JURADA

D/Dña. \_\_\_\_\_ Con domicilio  
en C/ \_\_\_\_\_  
Municipio \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
NIF/NIE \_\_\_\_\_

### DECLARA BAJO SU RESPONSABILIDAD

Que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas discapacitadas extremeñas y enfermos pediátricos crónicos, previstas en el Decreto 68/2006, de 4 de abril.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201..

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