

**DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL CUMPLIMIENTO DE LA NORMA DE CERTIFICACIÓN DE LOS EQUIPOS PROA DEL PACIENTE COMUNITARIO.**

D.-D.ª. con D.N.I. ,   
coordinador del PROA del Área de Salud de…………………………………………………….. de la Comunidad Autónoma de ………………………DECLARA, bajo su responsabilidad, que los documentos y el formulario incluidos en la presente solicitud, cumplen lo dispuesto en la Norma de Certificación de los equipos PROA del paciente comunitario del Plan Nacional frente a las Resistencias a los Antibióticos aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS.

Fecha de de 20

Fdo.:

(nombre y apellidos)

De acuerdo a lo establecido en el artículo 69.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, de cualquier dato o información que se incorpore a una declaración responsable o a una comunicación, o la no presentación ante la Administración competente de la declaración responsable, la documentación que sea en su caso requerida para acreditar el cumplimiento de lo declarado, o la comunicación, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar. Asimismo, la resolución de la Administración Pública que declare tales circunstancias podrá determinar la obligación del interesado de restituir la situación jurídica al momento previo al reconocimiento o al ejercicio del derecho o al inicio de la actividad correspondiente, así como la imposibilidad de instar un nuevo procedimiento con el mismo objeto durante un período de tiempo determinado por la ley, todo ello conforme a los términos establecidos en las normas sectoriales de aplicación.