DECLARACIÓN RESPONSABLE DE TESTIGO

*A quien corresponda:*

Yo, D./D.ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, mayor de edad, con DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_,

por la presente manifiesto que tengo plena capacidad de actuar y no tengo relación de parentesco hasta el segundo grado ni estoy vinculado por relación matrimonial, de hecho o patrimonial con D./D.ª \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Fecha:

Firma: