DECLARACIÓN DE ESTUDIANTES

D/Dª……, con D.N.I. Nº …….., en la condición de estudiante de la titulación de ……, de la Facultad de Ciencias de la Salud, por la presente,

MANIFIESTA que:

☐ NO

☐ SI

Padece algún tipo de enfermedad o limitación, o está siendo sometido a algún tratamiento que le impide realizar prácticas clínicas en algún Servicio sanitario. En caso afirmativo indique cuáles son los Servicios donde no podría realizar prácticas:

……, a … de …… de ….

Fdo: D/Dª ……