

DECLARACIÓN DE ESTUDIANTES

D/D^a....., 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/D^a