

DECLARACIÓN DEL INTERESADO

El que suscribe, D./D^a. _____ con documento de identidad/pasaporte N^o _____, nacional de _____.

Declaro que:

- No me encuentro inhabilitado/a para el ejercicio de mi profesión sanitaria, y
- Me comprometo a presentar, antes de la incorporación en el centro sanitario de acogida, una certificación negativa de no estar incurso/a en procedimientos por algún delito de naturaleza sexual.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente declaración en _____ a fecha: ____ de _____ de 2024.

Firma: