

## DECLARACIÓN DEL INTERESADO

El que suscribe, D./D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con documento de identidad/pasaporte N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_, 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 \_\_\_\_\_.

Firma: