



Col·legi Oficial
d'Infermeres i Infermers
de les Illes Balears

ANEXO II

MODELO DE DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____
_____, con D.N.I. _____ declaro bajo mi responsabilidad, no haber recibido por parte de otra entidad ninguna beca/ayuda por la realización del "Máster Universitario en Investigación e Innovación en Salud" de la Universitat de les Illes Balears.

Asimismo, me comprometo a cursar y finalizar el máster durante el curso académico 2023-2024.

Fecha:

Firma: