



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

ANNEX II

MODEL DE DECLARACIÓ JURADA

Jo, _____
_____, amb D.N.I. _____ declaro baix la meva responsabilitat, no
haver rebut per part d'altra entitat cap beca/ajut per la realització del "Màster
Universitari en Investigació i Innovació en Salut" de la Universitat de les Illes Balears".

Així mateix, me comprometo a cursar i finalitzar el màster durant el curs acadèmic 2023-
2024.

Data:

Signatura: