



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 para la realización del "Máster
Universitario en Investigación e Innovación en Salud" de la Universidad de les Illes Balears".

Asimismo, me comprometo a cursar y finalizar el máster durante el curso académico 2024-
2025.

Fecha:

Firma: