



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
2026-2027.

Fecha: _____

Firma: _____