



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

ANNEX II

MODEL DE DECLARACIÓ JURADA

Jo, _____,
con D.N.I. _____ declaro sota la meva responsabilitat, no haver rebut
per part d'altra entitat cap beca/ajuda per a la realització del "**Màster Universitari en
Recerca i Innovació en Salut**" de la Universitat de les Illes Balears.

Així mateix, em comprometo a cursar i finalitzar el màster durant el curs acadèmic
2026-2027.

Data: _____

Signatura: _____