

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

Con D.N.I.: \_\_\_\_\_

**DECLARO bajo mi responsabilidad, que hasta la fecha, ni en el ámbito de la sanidad pública, ni en la privada, he sido suspendido/a, separado/a o inhabilitado/a para ejercer la profesión de Enfermería, asumiendo en su totalidad, en caso de falsedad de tal declaración, las responsabilidades de todo tipo que en Derecho correspondan.**

En Guadalajara, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_