



FACULTAD DE ENFERMERÍA

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

D.N.I.	APELLIDOS:	NOMBRE:
TELÉFONO:	DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓN:	
CÓDIGO POSTAL:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
E-MAIL UHU @alu:		
E-MAIL EXTERNO:		
TITULACIÓN:		

### DECLARO BAJO JURAMENTO O PROMESA:

Que toda la documentación presentada en la Secretaría de la Facultad de Enfermería para SOLICITAR \_\_\_\_\_ y que se relacionan a continuación, **son copias fieles de los documentos originales que obran en mi poder.**

Esta declaración se realiza bajo la responsabilidad de quien la suscribe, a los efectos de presentar solicitud/escrito/otros, en el párrafo anterior mencionado, sin perjuicio de que se puedan requerir los oportunos documentos originales que acrediten la presente declaración.

Huelva \_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

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

### RELACIÓN DE DOCUMENTOS APORTADOS:

*(cumplimentar obligatoriamente)*

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_