



DECLARACIÓN JURADA DE SALUD

Yo,

con D.N.I. y con domicilio

en....., **Declaro** no tener síntomas

ni malestares de enfermedad o condición médica que ponga en riesgo mi integridad. Cualquier diagnóstico o tratamiento médico que tuviera lo hare de manifiesto antes de ingresar al proyecto al responsable de la visita.

Por consiguiente, manifiesto mi voluntad y aptitud de realizar la visita en los terrenos del Proyecto de AIJC.

Callao,dedel 202_

Firma:

Nombre:

DNI: