

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI N° \_\_\_\_\_ estudiante de \_\_\_\_\_ curso del Grado de \_\_\_\_\_ en la Facultad de Enfermería y Fisioterapia, de la Universidad de Cádiz, mayor de edad\*, con domicilio en \_\_\_\_\_, n° \_\_\_\_\_ del municipio de \_\_\_\_\_, teléfonos de contacto: \_\_\_\_\_ y correo electrónico \_\_\_\_\_

**Mediante la firma del presente documento el/la alumno/a declara haber recibido toda la INFORMACIÓN DE ACOGIDA EN MATERIA DE COVID-19 y se compromete al cumplimiento de aquellas medidas de seguridad e higiene que se contemplan.**

**Deben haber realizado el cuestionario de Salud de aptitud para inicio de prácticas en centro sanitario.**

LUGAR, FECHA Y FIRMA	
En _____, a _____ de _____	
El/LA ALUMNO *	
Fdo:	

\*Si es menor de edad, este documento deberá ser firmado por sus tutores legales cuyos datos identificativos deben figurar también en este documento al pie de firma