Universidad de Huelva
VICERRECTORADO DE FORMACIÓN Y DESARROLLO PROFESIONAL

UHU formación permanente
Servicio de Títulos Propios de la Universidad de Huelva

DECLARACIÓN DE SALUD

(Información para el seguro de accidente)

NOMBRE Y APELLIDOS:_____

DNI: _____

TELÉFONO:_____

EMAIL:_____

TÍTULO PROPIO EN EL QUE SE MATRICULA:

_____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE ENFERMEDAD?:

☐ NO

☐ SI

CUÁL _____

¿PADECE ALGÚN TIPO DE MINUSVALÍA?:

☐ NO

☐ SI

CUÁL _____

Yo, el/la solicitante,

- Declaro, bajo mi responsabilidad, que las respuestas y datos aportados a esta declaración de salud son veraces y completos, así como no haber desfigurado la verdad ni ocultado la existencia de enfermedad o minusvalía alguna
- *Acepto que se utilicen mis datos personales y sanitarios en caso de que éstos fuesen requeridos por la compañía de seguros, así como que ésta pueda facilitarlos a facultativos o centros hospitalarios en virtud del cumplimiento de su labor aseguradora, en la forma y con las limitaciones y derechos que recoge la Ley Orgánica 15/1999 de protección de Datos de Carácter General*

Huelva a ___ de _____ de 20__

Firma Solicitante