

### **DECLARACIÓN**

D/D<sup>a</sup>. \_\_\_\_\_ con NIF nº \_\_\_\_\_

Que habiendo participado como personal colaborador en la actividad docente

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria de la Comunidad Autónoma de Extremadura, declara que **NO** desea percibir remuneración en concepto de:

- Docencia
- Dietas, si procede.

Y para que conste a los efectos oportunos, firmo la presente en

\_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_

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

**Protección de datos.-** Se le informa que los datos facilitados en el presente documento se tratarán de conformidad con el Reglamento General de Protección de Datos 2016/679(UE) de 27 de abril y en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, cuya finalidad es la tramitación de expediente de actividades formativas de la Escuela de Ciencias de la Salud y de la Atención Sociosanitaria.