**ANEXO V**

**Convocatoria 2025-2026**

DECLARACIÓN RESPONSABLE DE COBERTURA SANITARIA

|  |
| --- |
| Nombre:  |
| Apellidos:  |
| Dirección: |
| País: |
| Número de identificación personal: |

Declaro bajo mi responsabilidad tener cubierta la asistencia sanitaria en mi país de residencia y acreditarla debidamente conforme sea requerida.

Lugar y fecha de presentación

**Fdo. el/la becario/a**