**DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL**

Yo, ………………………………………………………………………………………………. con DNI Nº ……………………...y con domicilio en ... ………………………………………………………………………………………………..….

Declaro bajo juramento gozar de buena SALUD FÍSICA y MENTAL.

Sullana, \_\_\_ de \_\_\_ de 2023

...............................................

Firma

NOTA: En cuanto se normalicen las actividades presenciales y/o lo determine la Universidad Nacional de Frontera, me comprometo a realizar la evaluación de buena salud física y mental en el Área de Bienestar Universitario.