

D./Dña. \_\_\_\_\_, que ha sido nombrado/a para realizar labores de auxiliar de conversación durante el presente curso académico 201\_/1\_ en Castilla y León,

**DECLARO**

Que no dispongo de la Tarjeta Sanitaria Europea ni tengo derecho a su emisión debido a

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

**SOLICITO**

Que se estime tal circunstancia con el fin de ser incluido/a en la cobertura sanitaria del seguro provisto a tal efecto por la Consejería de Educación durante el periodo para el que he sido nombrado como auxiliar de conversación.

En \_\_\_\_\_, a \_\_ de 201\_.

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