

D./Dña. _____, que ha sido nombrado/a para realizar labores de auxiliar de conversación durante el presente curso académico 20__/20__ 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 _____ de 20__.

Fdo: _____