

D./D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_

D.N.I./Pasaporte \_\_\_\_\_

Residente del Hospital \_\_\_\_\_

“ Ha sido informado/a, que el seguro de responsabilidad civil/patrimonial del SERMAS, no cubre las posibles responsabilidades que se puedan derivar de las actuaciones llevadas a cabo en Estados Unidos y Canadá”.

Madrid a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma

Sello de la Comisión de Docencia

**Aportar el documento firmado y sellado a la solicitud presentada**