Al Consejo Nacional de Especialidades de la Salud
Ministerio de Sanidad

Dra con DNI , colegiada n.º del Ilustre Colegio Oficial de Médicos de la Provincia de Alicante,

DECLARA

Que conoce el **Reglamento Interno del Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud (CNECS)** y su contenido, en el marco de la candidatura presentada para formar parte de la Comisión Nacional de la especialidad de Obstetricia y Ginecología.

Y para que así conste, y a los efectos de acreditar el cumplimiento del requisito establecido para la presentación de su candidatura, firma la presente declaración.

En Alicante, de .

Fdo.: