



## ANEXO I

### DECLARACIÓN RESPONSABLE SOBRE EL ESTADO DE SALUD

Yo, ..... , con pasaporte/documento de identidad ..... , y nacionalidad ..... , declaro bajo mi responsabilidad que no padezco enfermedad o condición física o psíquica que imposibilite el ejercicio de mi labor como auxiliar de conversación en modalidad presencial.

El Ministerio y las Comunidades Autónomas podrán solicitar un certificado o informe médico si fuera necesario. El Ministerio, las Comunidades Autónomas y los centros escolares proveerán las adaptaciones al puesto previstas por la ley.

Los seguros de salud, y de repatriación y responsabilidad civil suscritos por el Ministerio y las CCAA no cubren gastos derivados de enfermedades crónicas previas a la estancia del auxiliar, por lo que, en caso necesario, es responsabilidad del auxiliar contratar los seguros adicionales que correspondan. Así mismo, los seguros no cubren el gasto en medicamentos.

Las compañías aseguradoras enviarán a los asegurados la información relativa a las coberturas contratadas, para que en todo momento el auxiliar esté informado de los límites de las mismas.

Declaro que he leído y conozco estas condiciones.

Firmado .....

### DECLARACIÓN ESTATUTARIA SOBRE LAS CONDICIONES DEL PROGRAMA DE AUXILIAR DE CONVERSACIÓN

1. El programa de Auxiliares de Conversación es un programa de movilidad con una duración de ocho o nueve meses. La renovación en el programa está sujeta a ciertos requisitos y no superará el máximo de años establecido para cada país y Comunidad Autónoma.

2. Los auxiliares de conversación no tienen contrato de trabajo ni reciben un salario. Perciben una asignación mensual de entre 800 y 1.000 euros, que no incluye cotizaciones, seguridad social ni otras prestaciones.

3. El auxiliar de conversación extracomunitario será titular de un visado de estudiante con permisos laborales restringidos.

Declaro haber leído y aceptado estas condiciones.

Firmado: .....