



## **DECLARACIÓN INFORMADA DE RESPONSABILIDAD SOBRE DATOS COMUNICADOS A LA SEGURIDAD SOCIAL**

estudiante del \_\_\_\_\_, con documento identificativo \_\_\_\_\_  
Centro o Escuela \_\_\_\_\_ en la Facultad,  
declaro haber sido debidamente informado/a y haber comprendido lo siguiente:

1. Que el registro en la aplicación PFNR implica la comunicación de determinados datos personales a la Seguridad Social, con el fin de cumplir con las obligaciones legales y administrativas correspondientes.
2. Que soy responsable de la veracidad, exactitud y actualización de los datos personales que introduzco en dicha aplicación.
3. Que he sido informado/a de que cualquier error, omisión o falsedad en los datos proporcionados puede tener consecuencias legales y/o administrativas, y que es mi deber revisar cuidadosamente la información antes de su envío.
4. Que he recibido orientación suficiente sobre el uso de la aplicación y el procedimiento de registro, y que en caso de duda debo dirigirme al personal responsable del centro educativo o a los canales oficiales de soporte.
5. Que autorizo expresamente el tratamiento de mis datos personales conforme a la normativa vigente en materia de protección de datos y a los fines indicados.
6. Que soy conocedora o conocedor de que, en caso de renunciar a mis prácticas sin causa justificada, la Universidad de Extremadura se reserva el derecho a reclamar los gastos de cotización derivados de la gestión de las prácticas.

Firmo la presente declaración en señal de conformidad y compromiso.

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo:** \_\_\_\_\_