



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.

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 DEL AUXILIAR DE CONVERSACIÓN

1. El programa de Auxiliares de Conversación es un programa de movilidad con una duración de siete u ocho meses para la convocatoria de 2026-2027. 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 perciben una asignación mensual en concepto de ayuda para gastos de alojamiento y manutención, de un mínimo de 800 euros, que no incluye cotizaciones, seguridad social ni otras prestaciones.

3. El auxiliar de conversación no comunitario será titular de un visado de estancia de larga duración por actividad formativa.

Declaro haber leído y aceptado estas condiciones.

Firmado: _____