

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo ..... Identificado (a) con DNI N° .....  
con domicilio real en .....  
Dpto ..... Prov..... Distrito .....  
en actual servicio en ..... Dpto .....  
Prov ..... Distrito ..... con teléfono .....  
y correo electrónico .....

Declaro bajo juramento haber sido sometido a una operación de Cirugía Mayor en el Centro Hospitalario de Salud de nombre ..... con dirección ..... Dpto ..... Prov ..... Distrito ....., por padecer el diagnóstico médico siguiente:  
.....  
emitido por el Dr. (a) .....

La información descrita en el presente documento goza de toda veracidad la cual asumo todas las responsabilidades Administrativas, Civiles y Penales en caso se determine su falsedad.

Lima, ..... de ..... del 20.....

FIRMA .....

POST-FIRMA .....

CIP/DNI .....



ÍNDICE DERECHO