

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 estado internado durante días del
al en el Centro Hospitalario de Salud de nombre
con dirección
Dpto Prov Distrito
por padecer el diagnostico medico siguiente:
.....
emitido por el Dr.(a)

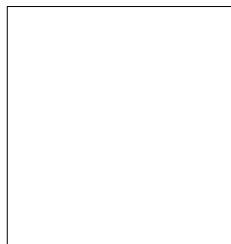
La información descrita en el presente documento goza de toda veracidad la cual asumo todas las responsabilidades Administrativas, Civiles y Penales en caso se determine su falsedad.

Lima, de del 20.....

FIRMA

POST-FIRMA

CIP/DNI



ÍNDICE DERECHO