

DECLARACION JURADA

Yo, _____

Identificado/a con documento _____ N° _____

Domiciliado en: _____

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

Teléfono: _____ Celular: _____

Me encuentro realizando el trámite de AUTORIZACION SANITARIA para:

❖ EXHUMACION y TRASLADO DE RESTOS HUMANOS O ()

❖ EXHUMACION, TRASLADO y CREMACION DE RESTOS HUMANOS ()

De quien en vida fue mi _____ don/doña _____

quien falleció el día _____ horas _____ en _____

cuyos restos se encuentran en el Camposanto _____

Pabellón/Piso/Nicho _____

Y serán trasladados al _____

Pabellón/Piso/Nicho _____

Del distrito _____ provincia _____ departamento _____

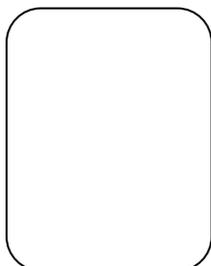
Contando con la autorización y en representación _____

OTRO SI: _____

Por lo que DECLARO BAJO JURAMENTO la veracidad de la información proporcionada en la presente, pudiendo ser verificada por la Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Este en el momento que estime conveniente, asimismo, asumo responsabilidad administrativa, civil o judicial, si el caso lo amerita.

Lima, _____ de _____ del 20 _____

Firma



Nombres y Apellidos: _____

Documento de Identidad: _____

Pasaporte N°: _____

Republica de: _____