



GOBIERNO DE PUERTO RICO

Departamento de Salud

JURAMENTACIÓN

(Favor de completar en letra de molde. Utilizar tinta azul o negra solamente)

TERCER PARTE DE LA REVÁLIDA

FOTO 2 X 2

(Favor de escribir su nombre completo en la parte posterior de la foto)

SELLO NOTARIAL
(La impresión del Sello Notarial debe cubrir parcialmente la foto y debe estar firmado por el (la) solicitante)

NOMBRE: _____
Apellido Paterno Apellido Materno Nombre Inicial

Seguro Social XXX-XX-____ e identificado mediante _____
Clase de Identificación Número

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ **Sexo:** Masculino Femenino
Día Mes Año (XXXX)

CERTIFICACIÓN DE IDENTIFICACIÓN (Se requiere que la certificación sea mediante Notario Público)

Estado de _____ Ciudad de _____ CERTIFICO que el día abajo señalado, la persona aquí nombrada, compareció personalmente ante mí y que puede identificar esta solicitud al comparar la apariencia física de él (ella) con la fotografía del documento de identificación presentado por el (la) solicitante y con la fotografía atachada aquí y comparando la firma del (la) solicitante hecha en mi presencia en esta firma del documento de identificación de él (ella). La declaración está suscrita y notarizada ante mí por el (la) solicitante a los ____ días del mes de _____ de _____.

Firma del Solicitante
Con mi firma en la parte superior, certifico que toda la información provista en esta solicitud es cierta y exacta.

FIRMA DEL SOLICITANTE

AFIDAVIT NUM: _____

Firma del Notario

Rev. ago 2020 (NTD)

