

	DECLARACIÓN SUSTITUTIVA DE CERTIFICACIÓN (ART. 46 D.P.R. 445/2000) PARA EL RETIRO DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA DE MENORES	M/919/284 Rev. 0 Pág. 1 de 1
---	---	------------------------------------

El/la que suscribe, Sr./Sra _____
Nacido/a el ____/____/____ en _____
Residente en _____ Prov. _____
Calle _____ N° _____ C.P. _____
Documento tipo _____ N° _____
Expedido por _____ en fecha _____
N° de identificación fiscal _____

quien tiene conocimiento de que toda declaración falsa implica las sanciones previstas por el Código Penal y por las leyes especiales, incluso en materia de delitos como el de “falsedad documental” y de “uso de documento falso”, así como la pérdida de los beneficios que pudieran derivar de la medida emanada sobre la base de la documentación que falta a la verdad,

DECLARA

tener derecho, en calidad de persona que ejerce la patria potestad, a obtener una copia de la siguiente documentación sanitaria:

- ☐ resultados de análisis de laboratorio/reconocimientos efectuados en fecha ____/____/____
- ☐ copia auténtica de historia clínica correspondiente a la internación del ____/____/____ al ____/____/____ en la unidad de _____
- ☐ copia auténtica de internación en Hospital de día/Cirugía ambulatoria efectuada en fecha ____/____/____
- ☐ copia auténtica de acceso al Servicio de Primeros Auxilios efectuado en fecha ____/____/____

del menor:

Nombre _____ Apellidos _____
nacido/a el ____/____/____ En _____

Date ____/____/____

Firma

NOTA: EN EL MOMENTO DEL RETIRO,
PRESENTAR SIEMPRE UN DOCUMENTO DE IDENTIDAD VÁLIDO

DA COMPILARE A CURA DEL PERSONALE INCARICATO AL RILASCIO

È stata verificata la corrispondenza tra gli estremi dichiarati e i documenti esibiti dal delegato

Cognome e nome _____ firma _____