

DECLARACIÓN JURADA DE CONSTATACION DE PARTO

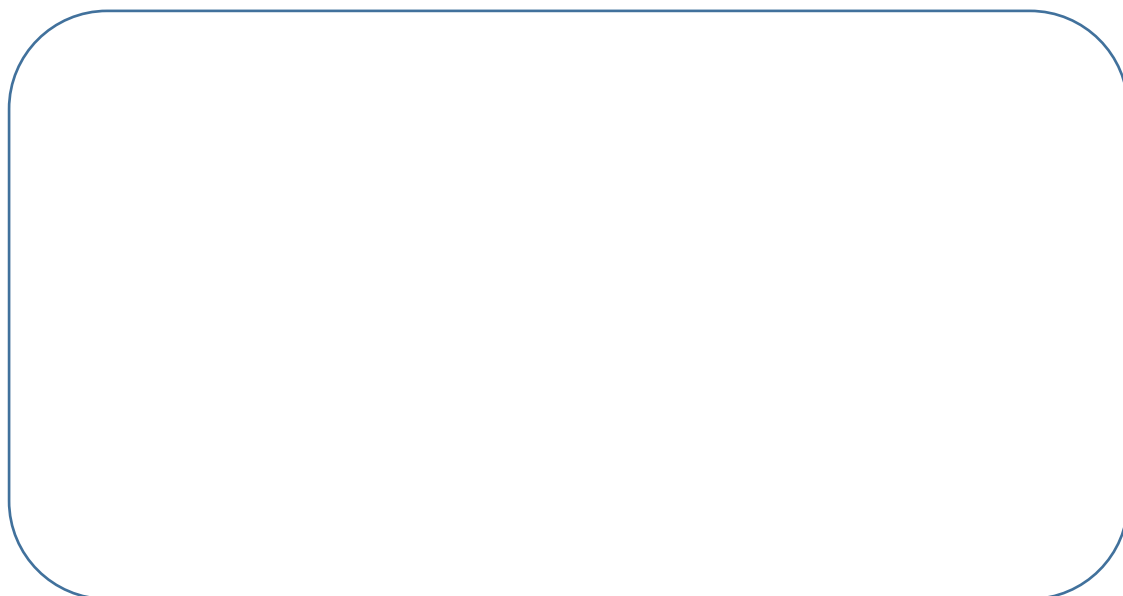
Yo, _____, identificado/a con DNI _____,
Colegiatura _____ personal de salud (Tec. Enfermería, Medico, Enfermero)
_____ del Establecimiento de Salud _____ con N.º
Celular _____, amparándome en el T.U.O. de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento
Administrativo General, declaro bajo juramento la constatación del parto del
RN _____ de sexo _____ el día _____ del
mes _____ del 202__ a las _____ horas ocurrido en:
_____, del Distrito _____
Provincia _____ Departamento _____.

Datos de la Madre:

Nº de DNI: _____ Nombres y Apellidos: _____
Domicilio: _____

Asimismo, firman al pie en señal de constatación y conformidad el personal de salud, la madre del recién nacido, autoridad local (Juez de Paz, Gobernador u otras autoridades).

Finalmente, autorizo a aplicar las sanciones que corresponda conforme a Ley, en caso de detectarse omisión, falseamiento o inexactitud en la información consignada; sin perjuicio de las acciones legales o administrativas que estime por conveniente interponer.



Huella Palmatoscopica del Recién Nacido

DECLARACIÓN JURADA DE CONSTATACION DE PARTO

Huella Digital
(Índice Derecho)



FIRMA DEL DECLARANTE (PERSONAL DE SALUD)
NOMBRES Y APELLIDOS: _____

Huella Digital
(Índice Derecho)



FIRMA DE LA MADRE DEL RECIEN NACIDO
NOMBRES Y APELLIDOS:
N° DNI:

Huella Digital
(Índice Derecho)



FIRMA DE LA AUTORIDAD LOCAL
NOMBRES Y APELLIDOS:
N° DNI:



_____, ____ de _____ del 202____