



CENTRO AUXILIAR SANITARIO DE ARTIGAS

DECLARACION JURADA

Fecha: ____/____/____

NOMBRES

--

APELLIDOS

--

CÉDULA DE IDENTIDAD

TELÉFONO DE CONTACTO

--	--

Quien suscribe manifiesta conocer que en caso de FALSEDAD, OCULTAMIENTO O ADULTERACIÓN de la presente Declaración Jurada, se incurrirá en responsabilidad civil y penal. (Art. 239)

Firma del Aspirante

Firma del Médico Evaluador

--	--

CÓDIGO PENAL ART. 239 (FALSIFICACIÓN IDEOLÓGICA POR UN PARTICULAR)

“El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante funcionario público, prestare una declaración falsa sobre su identidad, estado, o cualquiera otra circunstancia de hecho, será castigado con tres a veinticuatro meses de prisión”.



Ministerio
del Interior



SUB DIRECCIÓN NACIONAL
DE SANIDAD POLICIAL
Dirección Nacional
de Asuntos Sociales

CENTRO AUXILIAR SANITARIO DE ARTIGAS