



DECLARACIÓN JURADA

Montevideo, ____ de ____ de ____

Escuela de Graduados, Facultad de Medicina
Señor/a Director/a.

Quien suscribe _____ de Nacionalidad _____

con el documento de identidad N° _____ expedido por la Dirección Nacional de Identificación Civil o pasaporte N° _____.

Domicilio _____ Teléfono: _____

Celular: _____ Correo Electrónico: _____

Solicitud de Título por: Actuación Documentada Competencia Notoria en la Especialización en:

Documentación presentada para el inicio del trámite:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

DECLARO BAJO JURAMENTO LA AUTENTICIDAD DE LOS DATOS Y ASIMISMO CONOCER LAS RESPONSABILIDADES QUE EMERGEN DE LA DECLARACIÓN JURADA (ART. N° 239 DEL CÓDIGO PENAL: “El que, con motivo del otorgamiento o formalización de un documento público, ante un 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”).

ME COMPROMETO SI ES SOLICITADO A PRESENTAR LA DOCUMENTACIÓN ORIGINAL CORRESPONDIENTE EN LA ESCUELA DE GRADUADOS DE FACULTAD DE MEDICINA.

FIRMA: _____

ACLARACIÓN: _____