
DECLARACIÓN JURADA

Señor

_____, **DIRECTOR**

_____ **REGION SANITARIA**

De mi consideración:

Por el presente instrumento, el que suscribe _____
Titular del documento de identidad N° _____, con teléfono N°: _____
Dirección de correo electrónico _____
Domiciliado en las calles _____
del barrio _____ de la ciudad de _____
de la República del Paraguay, vengo a declarar bajo fe de juramento ser el padre/madre, responsable o tutor
del menor _____
a quién represento y traigo voluntariamente a fin de que pueda acceder a la vacunación anticovid
correspondiente.

Esta declaración jurada la realizo ante el Ministerio de Salud de Paraguay, a fin de hacerme
responsable del consentimiento informado que corresponde a la vacunación de mi hijo o representado.

Firma en prueba de conformidad y aceptación, para lo que hubiere lugar en Derecho, en la ciudad
de _____, República del Paraguay, a los _____ días del mes de
_____ del año _____

Por la presente declaro bajo fe de juramento que toda la información precedentemente brindada, así como las documentaciones
que se adjuntan a la presente solicitud, se ajustan a la verdad, son correctas, legales y completas, y tengo conocimiento de que los
datos consignados tienen carácter de Declaración Jurada, por lo que, de ser falsos, tengo pleno conocimiento y asumo las
consecuencias legales y responsabilidad civil o penal que ello implica (art. 243 del Cód. Penal Paraguayo, pena privativa de libertad
hasta 5 años).

Firma del recurrente
Cédula de Identidad N°: _____ (Adjuntar fotocopia de C.I.P.)