

**DECLARACIÓN JURADA** (para inicio de trámite por Actuación Documentada)

Montevideo, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

Escuela de Graduados de Facultad de Medicina  
Señor Director  
Prof. Dr. Francisco González Martínez

Quien suscribe Dr/a. \_\_\_\_\_ 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 de Especialista en: \_\_\_\_\_

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 EN FORMATO PDF Y ORIGINALES CORRESPONDIENTES EN LA ESCUELA DE GRADUADOS DE FACULTAD DE MEDICINA.**

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_