**DECLARACIÓN JURADA PARA SOLICITAR
SER EXIMIDO DE VACUNACIÓN COMPULSORIA
POR RAZONES RELIGIOSAS**

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

PUEBLO O CIUDAD: _____ ESTADO O PAÍS: _____

ÚLTIMOS CUATRO (4) DÍGITOS DEL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

SOLTERO O CASADO: _____ EDAD: _____

¿SOLICITA SER EXIMIDO DE LA VACUNACIÓN COMPULSORIA POR MOTIVOS RELIGIOSOS? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	☐ Sí. ☐ No.
---	--

¿LA EXENCIÓN QUE SOLICITA ES PARA USTED O PARA UN MENOR O INCAPACITADO BAJO SU CUIDADO? (MARQUE UNA ALTERNATIVA Y ESCRIBA N/A DONDE NO APLIQUE)	☐ La exención es para mi. ☐ La exención es para otra persona. Su nombre y mi relación con dicha persona son las siguientes: _____ _____ _____
---	---

¿LA EXENCIÓN QUE SOLICITA ES PARA TODAS LAS VACUNAS O PARA ALGUNAS EN ESPECÍFICO? (MARQUE UNA ALTERNATIVA Y ESCRIBA N/A DONDE NO APLIQUE)	☐ Exención de todo tipo de vacunas. ☐ Solo eximirme de las siguientes vacunas: _____ _____ _____
---	--

¿HA LEÍDO LAS DISPOSICIONES SOBRE LA VACUNACIÓN COMPULSORIA QUE LE APLICAN Y ENTIENDE LOS RIESGOS DE NO VACUNARSE? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	☐ Sí. ☐ No.
---	--

¿ENTIENDE QUE BRINDAR UNA DECLARACIÓN FALSA ANTE NOTARIO A SABIENDAS DE SU FALSEDAD PUDIERA CONFIGURAR UN DELITO? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	☐ Sí. ☐ No.
--	--

¿TODO LO ANTERIOR ES LA VERDAD Y NADA MÁS QUE LA VERDAD? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	☐ Sí. ☐ No.
¿HAY ALGUNA OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE O PERTINENTE QUE DEBA DECLARAR? (MARQUE UNA ALTERNATIVA Y ESCRIBA N/A DE SER NECESARIO EN EL ESPACIO EN BLANCO)	☐ Sí: <hr/> ☐ No.

Y para que así conste, firmo la presente declaración jurada el día _____ del mes _____ del año _____ en el pueblo de _____, Puerto Rico.

FIRMA DEL DECLARANTE

AFIDÁVIT NÚMERO: _____

Jurado y suscrito ante mí por _____, de las circunstancias personales antes descritas, a quien identifiqué mediante _____.

En _____, Puerto Rico, a _____ de _____ de _____.

FIRMA DEL NOTARIO/A