

DECLARACIÓN JURADA SOLICITANDO EXHUMACIÓN DE CADÁVER

NOMBRE Y APELLIDOS: _____

DIRECCIÓN RESIDENCIAL O FÍSICA: _____

PUEBLO O CIUDAD: _____ ESTADO O PAÍS: _____ ZIP CODE: _____

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

SOLTERO O CASADO: _____ EDAD: _____

¿DESEA SOLICITAR PERMISO AL DEPARTAMENTO DE SALUD, PROGRAMA DE SALUD AMBIENTAL PARA LA EXHUMACIÓN DE UN CADÁVER? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
--	--

¿CUÁL ES EL NOMBRE DEL DIFUNTO?	Nombre y apellidos: _____
---------------------------------	------------------------------

¿QUÉ RELACIÓN DE PARENTESCO O FAMILIAR TIENE USTED CON EL DIFUNTO?	Relación de parentesco o familiar: _____
--	---

¿TIENE EL DIFUNTO FAMILIARES CON GRADOS DE CONSANGUINIDAD MÁS CERCANOS A USTED? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
---	--

¿EN QUÉ CEMENTERIO SE ENCUENTRA EL CADAVER?	Cementerio: _____
---	----------------------

¿CUÁL ES LA RAZÓN PARA SOLICITAR LA EXHUMACIÓN DEL CADÁVER?	Razón: _____ _____
---	--------------------------

¿EXONERA AL DEPARTAMENTO DE SALUD Y SUS FUNCIONARIOS DE CUALQUIER RECLAMACIÓN QUE SURJA DE OTROS FAMILIARES O PARIENTES CONOCIDOS O DESCONOCIDOS POR LA OTORGACIÓN DE ESTE PERMISO? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> No.
---	--

¿ALGÚN OTRO DETALLE ADICIONAL QUE DEBA AÑADIR SOBRE LA PRESENTE SOLICITUD? (ESCRIBA N/A SI NO APLICA)	
¿TODO LO ANTES EXPUESTO ES LA VERDAD Y NADA MÁS QUE LA VERDAD? (MARQUE UNA ALTERNATIVA)	<input type="checkbox"/> Sí. <input type="checkbox"/> 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