

ANEXO 18



DECLARACIÓN JURADA DE DISCAPACIDAD

NOMBRE DEL TITULAR: _____ DNI: _____

PERSONA QUE EJERCE EL CUIDADO: _____

_____ DNI/Pasaporte/Carné Extr.: _____

Declara que el titular presenta Discapacidad Permanente.

Por consiguiente se solicita :

SE IMPRIMA LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL DNI DEL TITULAR

 SI NO

SE IMPRIMA LA CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD EN EL PADRÓN ELECTORAL

 SI NO

Asimismo declaró estar plenamente informado de las sanciones penales, civiles y administrativas a las que estaría sujeto en caso de falsedad en la presente declaración.

Fecha, _____ de _____ de 20____

Firma del Titular /
Persona que ejerce el cuidado

Impresión
Dactilar