

# **DECLARACIÓN JURADA ANTE NOTARIO**

## **TATUAJES, PIERCING Y/O EXPANSIONES**

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_, domiciliado

en \_\_\_\_\_, cedula de identidad

Nº: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_, declaro bajo juramento lo siguiente:

1.- Que actualmente tengo la presencia de Tatuajes, Piercing y/o Expansiones en mi cuerpo con las características que detallo a continuación:

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha Realización: \_\_\_\_\_  
*(Tatuaje, Piercing o Expansión)*

Ubicación: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha Realización: \_\_\_\_\_  
*(Tatuaje, Piercing o Expansión)*

Ubicación: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha Realización: \_\_\_\_\_  
*(Tatuaje, Piercing o Expansión)*

Ubicación: \_\_\_\_\_

Tipo: \_\_\_\_\_ Fecha Realización: \_\_\_\_\_  
*(Tatuaje, Piercing o Expansión)*

Ubicación: \_\_\_\_\_

Extiendo la presente declaración jurada firmada ante notario público para ser presentada durante los procesos de evaluación médica en dependencias de Medicina Preventiva de la Armada de Chile, con la finalidad de postular a los Procesos de Admisión en la Armada de Chile.

\_\_\_\_\_  
Firma Postulante

\_\_\_\_\_  
Notario