|  |
| --- |
|  |
| **DECLARACIÓN JURADA SIMPLE** |
| Yo , a través del presente instrumento, declaro bajo juramento que estoy en conocimiento que la postulación a la carrera requiere de un certificado médico que acredite mi compatibilidad con la misma.    Declaro, asimismo, que asumo la responsabilidad y acepto las eventuales sanciones si se comprueba que no tengo compatibilidad con dicha carrera estando matriculado. |
| Para constancia firmo en fecha indicada, |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
|  |