



---

## FORMATO DE DECLARACIÓN

---

### REVISIÓN SANITARIA POR HIPERFLEXIÓN

Yo \_\_\_\_\_ identificado con c.c. N° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ Matricula Profesional N° \_\_\_\_\_, declaro bajo la gravedad de juramento que el Ejemplar \_\_\_\_\_ Registro N° \_\_\_\_\_ Microchip N° \_\_\_\_\_, no es ni ha sido mi paciente y tampoco lo he intervenido quirúrgicamente en temas relacionados con Hiperflexión.

Por lo anterior no me encuentro impedido para hacer parte de la Comisión que realiza la REVISIÓN SANITARIA del mencionado Ejemplar para verificar la presencia o no de Hiperflexión.

Al mismo tiempo autorizo a FEDEQUINAS y/o Asociaciones Federadas para abrir proceso disciplinario en mi contra si esta declaración falta a la verdad.

Se firma en \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ a los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Atentamente.

---

Firma  
Cedula  
Nombre  
Teléfonos  
Correo Electrónico

