Distrito Escolar Unificado de San Diego

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Fecha del incidente: _____

Lugar del incidente: _____

Hora del incidente: _____

Yo, _____, declaro lo siguiente:
(nombre y apellido)

Observé a _____ (nombre del sujeto)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____ Sí voy a testificar

_____ No quiero testificar porque tengo un miedo legítimo de arriesgarme a sufrir daño sicológico o físico si se me obligara a testificar.

No quiero testificar porque (sea específico):

_____

_____

Declaro bajo pena de perjurio que la declaración anterior es verdadera y correcta.

_____ Fecha: _____
Firma del testigo