



Distrito Escolar Unificado de San Diego

DECLARACIÓN DEL TESTIGO

Fecha del incidente: _____

Lugar del incidente: _____

Hora del incidente: _____

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

Observé a _____ *(nombre del sujeto)*

_____ **Sí voy a testificar**

_____ **No quiero testificar porque tengo un miedo legítimo de arriesgarme a sufrir daño psicológico 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.

Firma del testigo

Fecha: _____