ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO
POLICIA DE PUERTO RICO
OFICINA DE POLICÍAS AUXILIARES

CERTIFICACIÓN

Yo, _____, mayor de edad, residente en _____ con número de seguro social _____ certifico que no he utilizado o distribuido sustancias controladas.

Estoy dispuesto a someterme a cualquier tipo de análisis de laboratorio o a cualquier prueba en cualquier momento que se me requiera.

_____
Firma

_____
Fecha