

[Nombre de la institución o entidad que emite el documento]
[Fecha y Lugar]

DOCUMENTO DE RENUNCIA DE PATERNIDAD

Yo, [Nombre completo], nacido en [Lugar de nacimiento] el [Fecha de nacimiento] con número de teléfono [Número de teléfono], portador del documento de identidad número [Número de identificación], y residenciado en [Dirección completa],

En el uso pleno de mis facultades, declaro que los datos aquí proporcionados son verdaderos, y con ello renuncio de forma totalmente voluntaria a los derechos, deberes y obligaciones de paternidad de forma absoluta e irrevocable del niño [Nombre del niño],

de [Edad del niño] años de edad, nacido el [Fecha de nacimiento del niño], hijo de [Nombre de la madre], nacida en [Lugar de nacimiento de la madre] el [Fecha de nacimiento de la madre],

con número de teléfono [Número de teléfono de la madre], portadora del documento de identidad número [Número de identificación de la madre], y residenciada en [Dirección completa de la madre].

Manifiesto mi consentimiento para el uso confidencial de mis datos para ser consultado en caso de ser necesario.

Firmado: _____
[Nombre completo del padre]
[Fecha de firma]

Aceptado y firmado por el testigo:
[Nombre del testigo]
[Firma del testigo]
[Fecha de firma del testigo]