

**MODELO DE COMPARECENCIA PARA LA ACEPTACIÓN EN LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS DE DETERMINACIÓN DE EDAD.**

FECHA : Madrid a [redacted] de [redacted] de 20[redacted]

Don/Doña [redacted] perteneciente al Equipo Directivo de la Residencia de Protección [redacted] informa en este acto a [redacted]

A la vista de la información aportada en el expediente de Protección, existen dudas razonables con respecto a la edad del interesado que solicita la protección de la CMT de la CM como menor de edad en situación de desamparo.

Por ello, se le informa de la necesidad de someterse a pruebas radiológicas que no entrañan ningún riesgo para su salud.

En este mismo acto se le informa que de acuerdo con las Instrucciones emitidas por la de Fiscalía General del Estado en esta materia, el no consentimiento en la realización de las pruebas podría ser valorado como un indicio poderoso del intento por ocultar su condición de mayor de edad.

Y para que conste que [redacted] se le practiquen las pruebas anteriormente señaladas lo firma en presencia de dos testigos.

Otras Observaciones : [redacted]

Fdo:

El interesado

[Handwritten signature of the interested party]

Testigo 1

Testigo 2

[Handwritten signature of Testigo 1]

DNI: [redacted]