പ്രസ്താവന

ഞാൻ----------

(പേരും ,അഡ്രസ്സും)---------- തീയതിയിൽ ലിംഗമാറ്റ ശസ്ത്രക്രിയയ്ക്ക് വിധേയമായ വ്യക്തിയാണെന്നും എന്റെ ജനന തീയതി ---------- ആണെന്നും സാക്ഷ്യപ്പെടുത്തുന്നു.

സ്ഥലം :

തീയതി :

ഒപ്പ് :

പേര് :

അഡ്രസ്സ് :