

## Rescisión o retiro de reconocimiento voluntario o negación de filiación

Escriba con claridad a máquina o con letra de imprenta.

<b>Sección 1. Información del menor tal como aparece en el formulario de Reconocimiento voluntario de filiación (VAP)</b>		
Menor	1. Nombre del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)	2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
	3. Ciudad o pueblo, condado y estado de nacimiento	
<b>Sección 2. Información del padre/madre tal como aparece en el formulario de Reconocimiento voluntario de filiación (VAP)</b>		
Padre/madre	4. Nombre legal actual del padre/madre (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)	5. Número de seguro social
	6. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	7. Lugar de nacimiento (estado, territorio o país extranjero)
	8. Dirección postal (calle y número, ciudad/pueblo, estado, código postal)	
Padre/madre biológico	9. Nombre legal actual del padre/madre (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)	10. Número de seguro social
	11. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	12. Lugar de nacimiento (estado, territorio o país extranjero)
	13. Dirección postal (calle y número, ciudad/pueblo, estado, código postal)	
<b>Sección 3. Información del presunto o supuesto padre/madre biológico, tal como aparece en el formulario de Negación de filiación (DOP) (si corresponde)</b>		
Presunto padre/madre o supuesto padre/madre biológico	14. Nombre legal actual del padre/madre (primer nombre, segundo nombre, apellido, sufijo)	15. Número de seguro social
	16. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	17. Lugar de nacimiento (estado, territorio o país extranjero)
	18. Dirección postal (calle y número, ciudad/pueblo, estado, código postal)	

**Sección 4. Información de la parte que rescinde**

**Declaración de la parte que rescinde:** Comprendo que este documento legal se utiliza para rescindir la relación legal entre el padre/madre y el menor creada por el formulario de Reconocimiento voluntario de filiación (VAP) que se presentó ante la oficina del Registro Civil del Departamento de Salud de Vermont. Este formulario debe completarse y presentarse ante la oficina del Registro Civil antes de los 60 días posteriores a la fecha de entrada en vigor del reconocimiento o negación y antes de un procedimiento judicial para adjudicar la filiación relacionada con el menor. Comprendo que todas las partes que firmaron (signatarios) el VAP, y el DOP, si corresponde, deben ser notificadas de este proceso.

Rescindo mi formulario de Reconocimiento voluntario de filiación.

Rescindo mi formulario de Negación de filiación.

Parte que rescinde	Firma de la parte que rescinde	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)
	Firma del testigo	Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

**Vital Records Office Use Only (Keep this section in English)**

- The VAP, and DOP if applicable, were filed with the Vital Records Office on \_\_\_\_\_ and this rescission is within the 60-day limitation specified in 15C V.S.A. §307.
- Written notification of the request for rescission or removal has been sent to the following parties who signed (signatories) the VAP and DOP if applicable:
- The parent listed on the VAP, and DOP if applicable, on (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_.
  - The parent listed on the VAP on (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_.
  - The presumed or alleged genetic parent listed on the DOP on (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_.

**Vital Records Office Use Only (English)****Date Received (English):**

\_\_\_\_\_