


FORMULARIO

 <i>Trabajando con la fuerza del pueblo!</i>	SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA (Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM, y su Reglamento aprobado por D.S.N° 072-2003-PCM)	 JUNÍN DIRESA DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
--	---	--

I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE PEDIDOS EN EL MARCO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

II. DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD
DOMICILIO (AV. / CALLE / JIRÓN / PSJE. / N° / DPTO. / MZ. / LOTE / URB.):		
DISTRITO	PROVINCIA	DEPARTAMENTO
CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL) DEL SOLICITANTE		TELÉFONO / CELULAR

III. INFORMACIÓN SOLICITADA (Expresión concreta y precisa del pedido de información)

IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN (especifique: Dirección, Oficina, Unidad, Área, ...)

V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (Marcar con "X")

COPIA SIMPLE ☐ COPIA FEDATEADA ☐ CD ☐ CORREO ELECTRÓNICO ☐ OTROS ☐

VI. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA

MARQUE CON "X", SI AUTORIZA O NO A OTRA PERSONA A RECOGER LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA:

SI ☐ NO ☐

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA

DNI N° _____ Nombres y Apellidos: _____

VII. OBSERVACIONES:

VIII. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS EXPRESAN LA VERDAD FIRMA Y N° DE DNI DEL SOLICITANTE

.....
FIRMA

DNI:

N° DE REGISTRO Y SELLO DE RECEPCIÓN EN MESA DE PARTES