



FORMATO PARA SOLICITAR INFORMACIÓN DESEADA DE LA
RED DE SALUD HUAROCHIRI

Según Ley de Transparencia y acceso a la Información

Resolución N°	Responsable de entregar la Información
R.D.N°092-2017-UE/DE	ECON. FERNANDO VELIZ CALDERON
Datos del Solicitante: Apellidos y nombres (completos)	Documento de Identidad

Razón Social (de ser Persona Jurídica):
Dirección: (Av./calle/Jr./ Psj./Urb.)

Distrito	Provincia	Departamento/Región

Correo Electrónico	Teléfono

Información solicitada (sea específico):

Dependencia u Oficina de la cual se requiere información (Opcional):

Fecha de presentación de la Solicitud (escriba literalmente el mes)				
Día		mes		año

¿Cómo desea que se remita la información?

Copia simple Cd Copia certificada

Firma del Solicitante de la Información