

**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA**

DENUNCIA/QUEJAS/CONSULTAS/OTROS:

**Tipo de Requerimiento:**

**DATOS DE IDENTIFICACIÓN**

Tipo de Identificación:

(RUC, Cédula. Pasaporte)

Nombres:

Apellidos:

Correo Electrónico:

Celular:

**DATOS DE UBICACIÓN DONDE SUCEDIERON LOS HECHOS:**

Provincia:

Ciudad:

Nombre de Establecimiento/profesional de salud:

Asunto:

*Identifique de manera clara y concreta la información pública que desea solicitar a la institución:*

**FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:**

La información se la envía al usuario por correo por correo.