

	<b>REDST</b> RED SALUD TACNA	<b>SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA</b> (Texto Único Ordenado de la 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 Decreto Supremo N° 072-2003-PCM)	<b>N° DE REGISTRO</b>
	<b>FORMULARIO N° 1</b>		

<b>I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACION:</b>

<b>II. DATOS DEL SOLICITANTE:</b>			
<b>NOMBRES Y APELLIDOS / RAZON SOCIAL (*)</b>			<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD (*)</b>
<b>DOMICILIO (*)</b>			
<b>AV/CALLE/JR/PSJ.</b>	<b>N°/DPTO/INT</b>	<b>DISTRITO</b>	<b>URBANIZACION</b>
<b>PROVINCIA</b>	<b>DEPARTAMENTO</b>	<b>CORREO ELECTRONICO (*)</b>	<b>TELEFONO (*)</b>

<b>III. INFORMACION SOLICITADA:</b>

<b>IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE INFORMACION:</b>

<b>V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACION (MARCAR CON UNA "X"):</b>
COPIA SIMPLE <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> CORREO ELECTRONICO <input type="checkbox"/> APLICACIONES MOVILES DE <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>
MENSAJERIA INSTANTANEA

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	<b>FECHA Y HORA DE RECEPCION</b>
----- FIRMA	

<b>OBSERVACIONES:</b>

**Nota:**

- Al presentar esta "Solicitud de Acceso a la Información Pública", acepto ser notificado vía correo electrónico.
- La forma de Entrega está sujeta a la capacidad técnica de a Dependencia/Entidad.
- Los datos del solicitante (\*) son obligatorios y se deben consignar.