

SISGEDO

N° DOC.

N° EXP.



PERÚ

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
Dirección Regional de Salud**FORMULARIO**

N° DE SOLICITUD:

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA
(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)**I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN:****II. DATOS DEL SOLICITANTE:**

APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: D.N.I./L.M./C.E./OTRO

DOMICILIO

AV/CALLE/JR/PSJ.	N°/DPTO./INT.	DISTRITO	URBANIZACIÓN
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO

III. INFORMACIÓN SOLICITADA:**IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN:****V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (marcar con una "X")**COPIA SIMPLE COPIA CERTIFICADA CORREO ELECTRÓNICO CD OTRO **APELLIDOS Y NOMBRES****FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN**

FIRMA

OBSERVACIONES:**Nota:**La firma de la solicitud implica el compromiso de parte del solicitante de cubrir los gastos de reproducción (fotocopias, DC, escaneados, etc.)
Presentar en original y copia.