



Formulario de Solicitud de Acceso a la Información Pública
Ministerio de Salud
Hospital de la Amistad Perú Corea Santa Rosa II-2 Piura

(Por favor entregar en mesa de partes el original y dos copias incluyendo anexos)

  Ministerio de Salud	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	N° DE REGISTRO

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

II. DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRES/RAZON SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DOMICILIO			
AV/CALLE/JR/PSJ			
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	CORREO ELECTRONICO	TELEFONO

III. INFORMACIÓN SOLICITADA

IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN

V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (MARCA CON UN "X")

COPIA SIMPLE	DISKETTE	CD	CORREO ELECTRONICO	OTROS		

APELLIDOS Y NOMBRES FIRMA	FECHA Y HORA DE RECEPCION
---	---------------------------

Observaciones:.....

