



**GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
RED DE SERVICIOS DE SALUD CAJAMARCA**



FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública

I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN EN EL MARCO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACION PUBLICA:

--

II. DATOS DEL SOLICITANTE:

Nombres y Apellidos / Razón Social		Documento de Identidad (DNI, RUC, Otros):		
Domicilio (Av. Jr. Psje. Calle):				
Distrito:		Provincia:		Departamento:
Telf. Celular:		Telf. Fijo:		
E-mail:		Fecha de Solicitud:		

III. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN:

--

IV. INFORMACIÓN SOLICITADA (Sea específico):

V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (marcar con una "X")

Copia simple		Disquete		Cd		Correo electrónico		Otro
--------------	--	----------	--	----	--	--------------------	--	------

Así mismo, me comprometo a cancelar el costo de reproducción de la información solicitada, previa comunicación.

Firma	Fecha y hora de recepción

Adicionalmente, si la información solicitada se encontrara en el portal web de la Red de Salud Cajamarca (<http://www.redsaludcajamarca.gob.pe>), se dará por atendida la solicitud previa indicación de la ubicación de la información.

OBSERVACIONES.

NOTA: Presentar en original y copia