

| | | |
|---|--|-----------------------|
|  PERÚ Ministerio de Salud Instituto Nacional de Salud del Niño | 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 |
| | FORMULARIO | |

| |
|--|
| I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN: |
| |

| | | | |
|------------------------------------|------------------|--|--------------|
| II. DATOS DEL SOLICITANTE: | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL | | DOCUMENTOS DE IDENTIDAD D.N.I. / L.M. / C.E. / OTRO | |
| DOMICILIO | | | |
| AV / CALLE / JR. / PSJ. | Nº / DPTO / INT. | DISTRITO | URBANIZACIÓN |
| PROVINCIA | DEPARTAMENTO | Correo electrónico | TELÉFONO |

| |
|------------------------------|
| III. INFORMACIÓN SOLICITADA: |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|--|
| IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN: |
| |

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------|--------------------------|------|--------------------------|
| V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (MARCAR CON UN "X") | | | | | | | | | |
| COPIA SIMPLE | <input type="checkbox"/> | DISKETTE | <input type="checkbox"/> | CD | <input type="checkbox"/> | Correo electrónico | <input type="checkbox"/> | OTRO | <input type="checkbox"/> |

| | |
|--|---------------------------------------|
| APELLIDOS Y NOMBRES _____ FIRMA _____ | FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN |
|--|---------------------------------------|

OBSERVACIONES :

.....

.....

.....

.....