****

DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO C

**FORMATO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**

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

|  |
| --- |
| **FUNCIONARIO RESPONSABLE DE BRINDAR LA INFORMACIÓN:** |
| **Nombre**: | Tec. José Wilder Delgado Salazar |
| **Resolución de Designación:** | [M Nº 400-2021-GR.REG-CAJ-DSRS-C-DG.](http://portal.regioncajamarca.gob.pe/resoluciones/rer-010-2017-grcajgr)  |
| **Correo:** | wilder\_crim@hotmail.com |

|  |
| --- |
| **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:** |

**DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN:**

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN SOLICITADA (sea específico):** |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN:** |
| **Copia Simple** | **Copia Certificada** | **CD** | **E-mail** | **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 del Gobierno Regional:  **www.disacutervo.gob.pe**, se dará por atendida la solicitud previa indicación de la ubicación de la información.

OBSERVACIONES:

…………………………………………………………………………………………………………………………...……..

.………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Jr. Benjamín Duble N° 458 Pagina oficial: www.disacutervo.gob.pe