

**FORMATO
SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN**



**MINISTERIO
DE SALUD**

**Datos personales del solicitante:
Arts. 71, 2 Ley de Procedimientos Administrativos y 66 "a" LAIP**

Nombre completo del solicitante

Calidad en la que actúa (trámite personal, apoderado de un tercero, representante legal)

Nombre de representado o razón social (en caso de actuar como apoderado)

Selecciona el Documento de identidad que utilizará y su número de identificación:

Documento Único de Identidad (DUI):

Número de Pasaporte:

Número de Licencia de Conducir:

Número de carné de minoridad:

Otro:

NOTA: Debe adjuntar: copia completa o fotografía del documento de identidad seleccionado.
En caso de actuar en representación de una persona jurídica o en calidad de apoderado de un tercero debe adjuntar certificación del testimonio respectivo.

Institución a la que solicita información y nombre del Oficial de Información

Indique cómo desea recibir la información
Marque con una "X" la opción deseada

USB (proporcionada por el solicitante)

CD (proporcionada por el solicitante)

Consulta directa

Copias simples

Copias certificadas

Costos de reproducción de la institución
(en caso de existir)

Copias simples

Copias certificadas

Este apartado puede ser utilizado también para complementar datos de la solicitud de información cuando el espacio es insuficiente

Especificar documentos anexos

Firma del solicitante

ESPACIO RESERVADO PARA LA UAIP

Número de solicitud: _____

Fecha de recepción de la solicitud: _____

Hora: _____