



Ministerio de Salud Formulario de Solicitud de Información

Número
Presentación

Información del Solicitante

Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Tipo de documento	<input type="text"/>	Número de doc.	<input type="text"/>
Edad	<input type="text"/>	Sexo	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Teléfono de contacto	<input type="text"/>	Nivel Educativo	<input type="text"/>
Departamento	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Municipio	<input type="text"/>		

Datos para que se le notifique

- Forma de Notificación
- Correo Electrónico
 - Fax
 - Correo Certificado
 - Presencial

Detalle los datos para que se le notifique

Breve Descripción de lo solicitado

Información Solicitada

Forma de entrega de la Información

- | | | |
|------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> CD | <input type="checkbox"/> Fotocopia | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> DVD | <input type="checkbox"/> Fotocopia Certificada | <input type="checkbox"/> Correo Certificado |
| <input type="checkbox"/> USB | <input type="checkbox"/> Fax | <input type="checkbox"/> Consulta Directa |

Nota: Los costos asumidos por el solicitante son: a) de reproducción (determinados de acuerdo a los precios establecidos en la tabla autorizada por la institución); b) envío por correo certificado, mensajería; c) las tasas respectivas en caso se requiera copias certificadas. La entrega estará sujeta al comprobante de pago, en caso se requiera, y a los plazos de entrega de la empresa de correos.

Unidad de Acceso a la Información Pública

Oficial de Información
Carlos Alfredo Castillo Martínez

Dirección
Calle Arce No.827,
San Salvador, San Salvador

Correo Electrónico
oir@salud.gob.sv

Teléfono + 503 2205-7123

Firma/ Huella

Lugar y Fecha de Presentación