



"Año del Buen Servicio al Ciudadano"



ANEXO 02

GOBIERNO REGIONAL DE ICA – DIRECCION REGIONA DE SALUD
HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA

 Formulario FWS-01	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

I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN:

II. DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL		DOCUMENTO DE IDENTIDAD D.N.I. / L.M. / C.E. / OTRO	
DOMICILIO			
AV. CALLE / JR. / PSJ.	N° / DPTO / INT.	DISTRITO	URBANIZACIÓN
PROVINCIA	DEPARTAMENTO	Correo Electrónico	TELÉFONO

III. INFORMACIÓN SOLICITADA

IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE INFORMACIÓN

V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (MARCAR CON UN "X")

COPIA SIMPLE	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>	Correo Electrónico	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
--------------	--------------------------	----	--------------------------	--------------------	--------------------------	------	--------------------------

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN
<hr/> <hr/> <p style="text-align: center;">FIRMA</p>	

OBSERVACIONES:

.....

.....

.....

