FORMULARIO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

EsSalud	SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA		
	SÍRVASE COMPLETAR	CON LETRA LEGIBLE	
I. FUNCIONARIO RESPONSABLE	DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN		
II. DATOS DEL SOLICITANTE	APELLIDOS Y NOMBE	RES O RAZÓN SOCIAL	
DIREC	CCIÓN	DISTRITO	PROVINCIA / DEPARTAMENTO
DNI. / C.E.	TELÉFONO / CELULAR	CORF	REO ELECTRÓNICO
	PEPPESENTANTE I EGAI	(APELLIDOS Y NOMBRES)	
	REFRESENTANTE ELGAL	(AFEEEIDOS I NOMBRES)	
DOM	IICILIO DEL REPRESENTANTE LEG	AL	DNI. / C.E.
III. INFORMACIÓN SOLICITADA (E	Expresión clara, concreta y complet	a del pedido)	
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA I	NFORMACIÓN (Marcar con un "X")		Otro
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA I Compia simple	NFORMACIÓN (Marcar con un "X") Medio magnético	Correo electrónico	Otro:
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA I Compia simple	NFORMACIÓN (Marcar con un "X")	Correo electrónico	Otro:
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA I Compia simple	NFORMACIÓN (Marcar con un "X") Medio magnético REPRESENTANTE LEGAL OBSERV	Correo electrónico	
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA I Compia simple FIRMA DEL SOLICITANTE 1. Para recoger la información, el tidocumento de identidad del represe	NFORMACIÓN (Marcar con un "X") Medio magnético REPRESENTANTE LEGAL OBSERV NO itular, si es persona natural, deberá intante legal.	Correo electrónico FECHA Y F ACIONES TAS dentificarse con su documento i	