Ministerio de Salud Pública
Coordinación Zonal 1 - SALUD

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACION PÚBLICA

Fecha: (sistema/automático)

Ciudad:(sistema/automático)

Institución de la Función Ejecutiva: (sistema/automático)

Autoridad: (sistema/automático)

IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre: Apellido:

Cédula No.

Dirección domiciliaria:

Teléfono (fijo o celular):

PETICIÓN CONCRETA:

Identifique de manera clara y concreta la información pública que desea solicitar a la institución:

FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

Retiro de la información en la institución:

Email:

FORMATO DE ENTREGA:

Copia en papel:

Cd.

Formato electrónico digital:

PDF

Word

Excel

Otros