



SOLICITO:
.....
.....
.....

FORMULARIO UNICO DE TRÁMITE N° _____

SEÑOR DIRECTOR DE LA RED DE SALUD CORACORA-UNIDAD EJECUTORA 404
SALUD SARASARA

Apellidos y Nombres :	
D.N.I. N°	:
Cargo Actual	:
Centro de Trabajo	:
Teléfono y/o Celular	:
Domicilio	:
Distrito:	Provincia:

FUNDAMENTO DEL PEDIDO:
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Coracora,...de.....del.....

.....
FIRMA

Fecha.....
Apellidos y Nombres.....
FUNDAMENTO DEL PEDIDO:
.....