

**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)



**PERÚ**

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud



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 LA INFORMACIÓN:**

**V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (marcar con una "X")**

COPIA SIMPLE	<input type="checkbox"/>	DISQUETE	<input type="checkbox"/>	CD	<input type="checkbox"/>	CORREO ELECTRÓNICO	<input type="checkbox"/>	OTRO	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	----------	--------------------------	----	--------------------------	-----------------------	--------------------------	------	--------------------------

APELLIDOS Y NOMBRES	FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN
_____  _____  FIRMA	

OBSERVACIONES . . . . .  
 . . . . .  
 . . . . .

**NOTA:** PRESENTAR EN ORIGINAL Y COPIA