

SISTEMA NACIONAL DE EVALUACIÓN, ACREDITACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA CALIDAD EDUCATIVA - SINEACE

SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA

| |
|--|
| 1. RESPONSABLE DE ENTREGAR LA INFORMACIÓN (Resolución de Presidencia de Consejo Directivo Ad Hoc N° 010-2019-SINEACE-CDAH-P) |
| Pedro Joel Anthony Arenas Melgarejo |

| | | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| 2. DATOS DEL SOLICITANTE | | | |
| Marque con un aspa "X" el tipo de persona y origen | | | |
| TIPO DE PERSONA | | ORIGEN | |
| PERSONA NATURAL | <input type="checkbox"/> | NACIONAL | <input type="checkbox"/> |
| PERSONA JURÍDICA | <input type="checkbox"/> | EXTRANJERA | <input type="checkbox"/> |
| ABREVIATURA APELLIDOS Y NOMBRES COMPLETOS O RAZÓN/DENOMINACION SOCIAL SI ES PERSONA JURÍDICA (Según corresponda) | | D.N.I./R.U.C./P.A.S/CARNET EXTRANJERÍA (Si corresponde) | |
| | | | |
| DOMICILIO | | | |
| Av. / Jr. / Calle / Psje. : | | | Nro: |
| | | | Of.: |
| | | | Int: |
| Mz.: | Lote: | Urbanización: | Centro Poblado: |
| Distrito: | | Provincia: | Departamento: |
| Teléfono: | Fax: | Celular: | Correo electrónico: |

| |
|-----------------------------------|
| 3. INFORMACIÓN SOLICITADA: |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

| |
|---|
| 4. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE INFORMACIÓN: |
| |

| | | | |
|---|--------------------------|------------------|--------------------------|
| 5. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN: | | | |
| Marque con un aspa "X" | | | |
| CORREO ELECTRÓNICO | <input type="checkbox"/> | COPIA SIMPLE (*) | <input type="checkbox"/> |
| | | CD (*) | <input type="checkbox"/> |
| | | OTRO (*) | <input type="checkbox"/> |

(*) Deberá ingresar los datos del domicilio, la entrega de la información es física, según la normativa vigente.

FIRMA DEL SOLICITANTE