



DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE UCAYALI
FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE - FUT
Ordenanza Regional N°



SELLO Y FIRMA DE RECEPCION

SEÑOR DIRECTOR REGIONAL DE SALUD DE UCAYALI:

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Persona Natural o Representante Legal:

NOMBRES Y APELLIDOS

Persona Jurídica:

RAZÓN SOCIAL

Tipo y Número de Documento:

DNI:

RUC:

Otro (Especificar)

II. DOMICILIO REAL: (AVENIDA/ CALLE / JIRÓN / PASAJE / MZ / LOTE / URBANIZACIÓN)

DEPARTAMENTO:

PROVINCIA:

DISTRITO

N° DE TELEFONO
CELULAR:

Autoriza se me notifique a la
siguiente dirección electrónica:

III. FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

IV. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA:

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Asimismo, indico que he efectuado el pago por Derecho de Trámite en Caja de la Dirección Regional de Salud de Ucayali:

Número de Recibo:

Monto S/.

Fecha de
emisión del

DECLARO que los datos consignados en el presente, los realizo con carácter de DECLARACION JURADA de conformidad con el Artículo 33° Numeral 2 del TUO de la Ley N°27444, Ley del Procedimiento Administrativo General (D.S. N°006-2017-JUS)

Pucallpa;de.....de 20.....

.....
Firma del Solicitante o Representante Legal