



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE
COCACHACRA

AV. LIBERTAD N°300
TELEFONO N° 552222

DISTRIBUCIÓN GRATUITA

**F.U.T.
FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITE**

SEÑOR: ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE COCACHACRA

..... D.N.I.....
APELLIDOS Y NOMBRES O RAZÓN SOCIAL

DOMICILIO:
(Av. Calle, Pasaje, Urbanización, Distrito, Persona Jurídica Domicilio Legal)

CORREO ELECTRÓNICO:

TELÉFONO O CELULAR:

SOLICITO:
(Denominación del Procedimiento)

DETALLE DE LO SOLICITADO (Fundamento del Pedido)

ADJUNTA DOCUMENTOS (Detalle Documentos que se Adjunta)

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

COCACHACRA,dedel

FIRMA