

**SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA**

Fecha:

Ciudad:

Institución:

**Ministerio de Salud Pública**

Autoridad:

Juan Carlos Zevallos López

**IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre:

Apellido:

Cédula No.

Dirección domiciliaria:

Teléfono (fijo o celular):

**PETICIÓN CONCRETA:***Identifique de manera clara y concreta la información pública que desea solicitar a la institución:***FORMA DE RECEPCIÓN DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:**

Retiro de la información en la institución:

☐

Email:

**FORMATO DE ENTREGA:**

Copia en papel:

☐

Cd.

☐

Formato electrónico digital:

☐

PDF

☐

Word

☐

Excel

☐

Otros

☐