



**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