

**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

☐