

Lugar y fecha:

Señor/a

Coordinador/a de la Zona XX

Ministerio de Salud Pública

Yo, en calidad de Alcalde/sa del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipal de, solicito la verificación del cumplimiento óptimo del% de indicadores del Modelo de Certificación y correspondiente certificación del municipio como(Promotor, Garante, Saludable).

Atentamente,

(Nombre, cargo y firma)