Cuidad, día-mes-año

Sr/a

Nombre del Director Distrital

**Nombre del Distrito de Salud /Coordinación Zonal (zona que corresponda) - Salud**

De mis consideraciones.

En concordancia con el Acuerdo Ministerial 049-2022, en cuyo artículo 7, menciona de manera textual lo siguiente: “*Implementación. - Para la etapa de implementación del Plan de Promoción de la Salud en el Trabajo, el centro de trabajo público o privado deberá cumplir con lo siguiente: (…)*

*c) Solicitar a la Autoridad Sanitaria Nacional a través de la Unidad Operativa Desconcentrada de Promoción, Salud Intercultural e Igualdad que corresponda, el acompañamiento para la implementación del Plan, en caso de requerirlo.”*

Al respecto de lo mencionado, solicito gentilmente el acompañamiento para la implementación del ***“Plan de Promoción de salud en el Trabajo”***, para efectos de lo solicitado detallo los siguientes datos:

1. **CENTRO DE TRABAJO**

* Razón social / nombre comercial
* Actividad económica
* Código CIIU
* Provincia
* Cantón
* Dirección
* Teléfono
* Correo electrónico

1. **PUNTO FOCAL**

* Apellidos
* Nombres
* Cargo
* Teléfono
* Correo electrónico

Particular que comunico para fines pertinentes.

Atentamente

Firma

Nombre Apellido

Cedula de Identidad