|  |
| --- |
| FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)(Formato Gratuito) |



|  |
| --- |
| **1 SUMILLA** |
|  |
|  |
|  |
| **2 DIRECCIÓN O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:** |

|  |
| --- |
| **DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD SAN ROMAN.** |

|  |
| --- |
| **3 DATOS DEL SOLICITANTE** |

|  |
| --- |
| **3.1 Nombres y Apellidos y/o Nombre de la entidad a la que representa.** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3.2 DNI** | **3.3 Carné de Extranjería (Si corresponde)** |
|  |  |

|  |
| --- |
| **3.4 Domicilio (Av./ Calle / Jirón / Psje / Nº / Dpto. / Mz. / Lote / Urb).** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.5 Distrito** | **3.6 Provincia** | **3.7 Departamento** |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.8 Teléfono** | **3.9 Celular** | **3.10 Correo Electrónico (E-Mail)** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **4 FUNDAMENTACIÓN DE LA SOLICITUD:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| **5 DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:** |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  **6 TOTAL DE FOLIOS QUE SE ADJUNTAN** |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| **7 LUGAR Y FECHA** | **8 FIRMA DEL SOLICITANTE / REPRESENTANTE** |