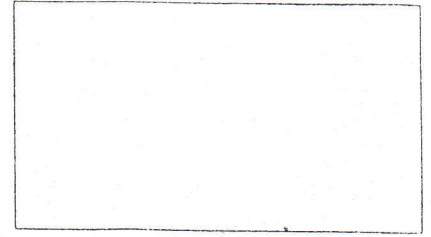




MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SOCABAYA
Esquina Miguel Grau con San Martín s/n
Teléfono 435655

SOLICITUD PARA TRÁMITE DE CARNÉ DE SANIDAD



I. IDENTIFICACIÓN DEL SOLICITANTE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------------|--------------|-----------------------|--|--|--|-------------------|----------|-----|------|-----------------------|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Apellidos y Nombres | | | | | | | | | | | | | | D.N.I. | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Edad | Estado Civil | Profesión u Ocupación | | | | Centro de Trabajo | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección /Avenida, Calle Pasaje) | | | | | | Número | Interior | Mz. | Lote | Urb. / AA. HHH./ Otro | | | | | | | | | | |

II. DOCUMENTOS QUE SE ANEXAN A LA SOLICITUD:

| | |
|------------------------|--|
| ➤ Certificado de Salud | |
| ➤ Recibo de Caja | |
| ➤ 01 Fotografía | |
| ➤ Copia de DNI | |
| | |

POR LO EXPUESTO:

Sírvase Ud. señor Alcalde, acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Socabaya, _____

Firma del titular o Representante Legal
D.N.I. N° _____