**FORMULARIO UNICO DE TRÁMITE**

**(R.P.R.Nº 072-2023-CTAR-CAJ /PE)**

 **1. SOLICITO**:

2. **DESTINATARIO**: Sr. DIRECTOR SUB REGIONAL DE SALUD CUTERVO

3.

 **DATOS DEL USUARIO (APELLIDOS Y NOMBRES)**

4.

 **CARGO ACTUAL**

5. 6.

 **CENTRO DE TRABAJO**   **DNI**

7

 **DOMICILIO DEL USUARIO (CALLE-DISTRITO – PROVINCIA)**

8. **FUNDAMENTACION DEL PEDIDO**:

**Atentamente;**

 **9. FECHA**: Cutervo,

**10. FIRMA**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_