



PERÚ

Sector Salud

Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas



## FORMULARIO

### SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA CREADA U OBTENIDA POR LA ENTIDAD, QUE SE ENCUENTRE EN SU POSESIÓN O BAJO SU CONTROL

Dirigido al Responsable de Acceso a la Información Pública

SOLICITUD N°

Marcar con una (x) las opciones que correspondan:

#### I. DATOS DEL SOLICITANTE

a. Tipo de persona:  Persona Natural  Persona Jurídica

b. Nombres y Apellidos / Razón Social:

\_\_\_\_\_

c. Documento de Identidad:

D.N.I.  Carnet de Extranjería  Otro

N.º: \_\_\_\_\_

#### II. DATOS DE CONTACTO:

a. Número telefónico: \_\_\_\_\_ Número celular: \_\_\_\_\_

b. Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

c. Domicilio: \_\_\_\_\_

#### III. INFORMACIÓN SOLICITADA *(clara y completa, si requiere más espacio escribir al reverso)*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### IV. FORMA DE ENTREGA DE INFORMACIÓN

Copia Simple  CD  Correo electrónico  USB (proporcionado por el solicitante)

#### V. DECLARACIÓN

De requerir la que la información en formato físico, se entregará la misma en las instalaciones del INEN.

En caso requiera entrega física de lo solicitado, solo se aceptará el recojo dentro de los 30 días después de la recepción de la solicitud – Artículo 191° de la Ley N° 27444.

Autorizo que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento administrativo, sea notificado al correo electrónico consignado en el presente formulario.

Para seguimiento del presente trámite, llamaré a la Oficina de Comunicaciones al teléfono: 201-6500, anexo 1160, de lunes a viernes de 08:00 hrs. a 16:30 hrs.

Surquillo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 202\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

CARGO DE SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA CREADA U OBTENIDA POR LA ENTIDAD, QUE SE ENCUENTRE EN SU POSESIÓN O BAJO SU CONTROL N° \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sello y Firma

**CARGO DE ENTREGA DE RESPUESTA A ACCESO A LA  
INFORMACIÓN PÚBLICA CREADA U OBTENIDA POR LA  
ENTIDAD, QUE SE ENCUENTRE EN SU POSESIÓN O BAJO  
SU CONTROL**

**RECIBÍ CONFORME**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS:</b>	
<b>DNI:</b>	
<b>FECHA:</b>	
<b>HORA:</b>	
<b>FIRMA:</b>	