

FORMULARIO DE TRÁMITE

ASUNTO: Solicita balón de oxígeno medicinal y accesorios.

DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE: Presidente del SUB CAFAE Calca S.E.

DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRES		Nº D.N.I.	
DOMICILIO ACTUAL			
DISTRITO		PROVINCIA DEPARTAMENTO	
REFERENCIA DE DOCIMICILIO			
Nº DE TELF./CEL.		CORREO ELECTRÓNICO PARA RECIBIR NOTIFICACIÓN.	

DATOS LABORALES:

Nº Y/O NOMBRE DE I.E.		DISTRITO	
CARGO			

FUNDAMENTO DE PEDIDO:

Teniendo conocimiento que el SUB CAFAE CALCA tiene el programa de apoyo a la comunidad educativa de la Unidad de Gestión Educativa Local de Calca "JUNTOS LUCHEMOS CONTRA EL COVID" y que en la actualidad me encuentro mal de salud a causa del COVID 19, solicito se me facilite en calidad de PRESTAMO POR CINCO (05) DIAS un balón de Oxígeno con su respectivo kit. Comprometiéndome a llenar los formatos correspondientes con la comisión encargada y devolverlo en las mismas condiciones y en el tiempo previsto.

LUGAR Y FECHA: Calca,de 2020

Firma de recepción de la solicitud.

FIRMA DEL USUARIO

Huella Dactilar