

## Formato de solicitud de Acceso a la Información Pública

(Este formato se utiliza exclusivamente para la solicitud de copias que obran en el acervo documentario de la MDDH/T)

|   |   |                       |
|---|---|-----------------------|
|  | <b>SOLICITUD DE ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA</b><br>(Ley N° 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública, aprobado por Decreto Supremo N° 043-2003-PCM) | <b>N° DE REGISTRO</b> |
|---|---|-----------------------|

|  |
|--|
| <b>I. FUNCIONARIO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN DE PEDIDOS EN EL MARCO DE LA LEY DE TRANSPARENCIA Y ACCESO A LA INFORMACIÓN PÚBLICA</b> |
| CHOCCA PEREZ ALEXANDER (Nombramiento: Resolución de Alcaldía N.º 009 - 2021 – MDDH-A)  |

|  |                        |              |
|--|------------------------|--------------|
| <b>II. DATOS DEL SOLICITANTE</b>   |                        |              |
| APELLIDOS Y NOMBRES / RAZÓN SOCIAL   | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |              |
| DOMICILIO (AV. / CALLE / JIRÓN / PSJE. / N° / DPTO. / MZ. / LOTE / URB. ): |                        |              |
| DISTRITO   | PROVINCIA              | DEPARTAMENTO |
| CORREO ELECTRÓNICO (E-MAIL)  |                        | TELÉFONO     |

|   |
|---|
| <b>III. INFORMACIÓN SOLICITADA (Expresión concreta y precisa del pedido de información)</b> |
|   |
|   |
|   |
|   |

|   |
|---|
| <b>IV. DEPENDENCIA DE LA CUAL SE REQUIERE LA INFORMACIÓN (Deseable)</b> |
|   |

|   |                          |                 |                          |    |                          |                    |                          |       |                          |
|---|--------------------------|-----------------|--------------------------|----|--------------------------|--------------------|--------------------------|-------|--------------------------|
| <b>V. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN (Marcar con "X")</b> |                          |                 |                          |    |                          |                    |                          |       |                          |
| COPIA SIMPLE  | <input type="checkbox"/> | COPIA FEDATEADA | <input type="checkbox"/> | CD | <input type="checkbox"/> | CORREO ELECTRÓNICO | <input type="checkbox"/> | OTROS | <input type="checkbox"/> |

|  |                              |
|--|------------------------------|
| <b>VI. IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA</b>                                     |                              |
| MARQUE CON "X", SI AUTORIZA O NO A OTRA PERSONA A RECOGER LA DOCUMENTACIÓN SOLICITADA: |                              |
| SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>                                |                              |
| <b>IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA</b>   |                              |
| .....<br>DOCUMENTO DE IDENTIDAD  | .....<br>APELLIDOS Y NOMBRES |

|                            |
|----------------------------|
| <b>VII. OBSERVACIONES:</b> |
|                            |
|                            |

|  |                                  |
|--|----------------------------------|
| <b>VIII. DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS EXPRESAN LA VERDAD</b> | <b>FECHA Y HORA DE RECEPCIÓN</b> |
| .....<br>FIRMA   |                                  |

|  |   |
|--|---|
| Asimismo, solicito que todo acto administrativo derivado del presente procedimiento, se me notifique en el correo electrónico (E-mail) consignado en el presente formulario. (Ley N° 27444, numeral 20.4 del artículo 20°) | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> |
|--|---|

**SIRVASE COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE**