



DIRECCIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD

**ANEXO N°2: FORMULARIO SOLICITUD DE CERTIFICACIONES**

| <b><u>ANTECEDENTES DEL SOLICITANTE</u></b> |   |
|--|---|
| NOMBRE COMPLETO                            | : |
| R.U.N.                                     | : |
| ESTABLECIMIENTO                            | : |
| TELEFONO                                   | : |
| CORREO ELECTRONICO                         | : |

| <b><u>SOLICITUD DE CERTIFICADOS (INDICAR CON UNA X)</u></b> |   |
|---|---|
| CERTIFICADO EXPERIENCIA                                     | : |
| CERTIFICADO CAPACITACION                                    | : |
| CERTIFICADO CALIFICACION                                    | : |

\_\_\_\_\_

Firma Solicitante

\_\_\_\_\_

Firma Receptor

Hualpen, xxx