ANEXO 2

UNIDAD DE TRANSPARENCIA

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO COCHABAMBA
UNIDAD DE TRANSPARENCIA

Nro. de Solicitud:

Fecha:____/_____/____ Hora:____:____

FORMULARIO DE INFORMACIÓN

DATOS SOLICITANTE:

Nombre (s):

Apellido (s):

Dirección:

C.I. No.: Telféfonos: Celular:

Dirección: E-mail:

Especificar otros:

DATOS DE LA INFORMACIÓN SOLICITADA:

Fecha de Emisión:

Ubicación:

Funcionario Responsable:

Modalidad de entrega de la información:

Fotocopia Legalizada: ☐ Fotocopia Simple: ☐ Digital CD: ☐

Otro:

Descripción de la información solicitada:

Constancia de recepción de la solicitud en la Unidad de Transparencia SSU

En fecha: Se recepcionó la presente solicitud de información}

INTERESADO FUNCIONARIO

SEGURO SOCIAL UNIVERSITARIO
UNIDAD DE TRANSPARENCIA
Av. Aniceto Arce 374 (o Parque La Torre)
Edif. Antiguo 2do. Piso Of. 2-A

Teléfonos Informaciones:
4-226772 Interno 337
Celular: 75497611
unidadtransparenciassu@gmail.com