



SOLICITUD DE INFORMACION PÚBLICA

RECEPCION	
Lugar: _____	Fecha: _____

DATOS DEL SOLICITANTE	
Nombre: _____	
_____ Primer Nombre	_____ Segundo Nombre
_____ Primer Apellido	_____ Segundo Apellido
Numero de celular: _____	Correo electrónico: _____
Documento de Identificación	Número del documento
DNI <input type="checkbox"/>	Número del documento
CARNET RESIDENCIA <input type="checkbox"/>	
PASAPORTE <input type="checkbox"/>	
OTRO <input type="checkbox"/>	
Marque con una X la opción deseada	

DATOS	PERSONA JURUDICA
_____ Nombre del Solicitante	_____ Poder con el que actúa

INFORMACION SOLICITADA
DESCRIPCIÓN CLARA Y PRECISA DE LA INFORMACIÓN QUE SOLICITA

MODALIDAD DE ENTREGA		
Impresión <input type="checkbox"/>	Correo electrónico <input type="checkbox"/>	WhatsApp <input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN ESTADÍSTICA		
Genero	Nivel educativo	Ocupación
Masculino <input type="checkbox"/>	Primario <input type="checkbox"/>	Empleado Publico <input type="checkbox"/>
Femenino <input type="checkbox"/>	Secundario <input type="checkbox"/>	Empleado Privado <input type="checkbox"/>
	Universitario <input type="checkbox"/>	Trab.Independiente <input type="checkbox"/>
		Periodista <input type="checkbox"/>
		Investigación <input type="checkbox"/>

Visite nuestra página en el IAIP Portal de Transparencia

Firma del Solicitante