**FUT VIRTUAL**

1. **Datos del solicitante:**
2. Nombres y apellidos y/o Nombre de la Entidad a la que representa:

……………………………………………………………………………………......

1. DNI:

……………………………………………………………………………………......

1. Dirección de domicilio:

……………………………………………………………………………………......

1. Distrito/Provincia/Departamento:

……………………………………………………………………………………......

1. Teléfono:

……………………………………………………………………………………......

1. Correo electrónico:

……………………………………………………………………………………......

1. **Resumen de la solicitud:**

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

……………………………………………………………………………………......

1. **Documentos que se adjuntan:**
	1. ……………………………………………………………………………………
	2. ……………………………………………………………………………………
	3. ……………………………………………………………………………………
	4. ……………………………………………………………………………………

LUEGO DE HABER LLENADO EL FUT, DIRIGIRLO AL SIGUIENTE CORREO ELECTRÓNICO:

mesadepartes@hospitaldechancay.gob.pe