



FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITES (FUT)
R.M. N° 0445-2012-ED



I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

SOLICITO PERMISO POR SALUD EL DIA VIERNES 09 DE AGOSTO.

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE HUANCAMELICA

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural

Apellido Paterno: Apellido Materno: Nombres:

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento

DNI: RUC: C.E.

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VIA: Avenida: Jirón: Calle: Pasaje: Carretera: Prolongación:

Nombre de la vía:

N° de Inmueble: Block: Interior: Piso: Mz: Lote: Km: Sector:

Tipo de Zona :

Urbanización: Pueblo Joven: Unidad Vecinal : Conjunto Habitacional: Asentamiento Humano:
Cooperativa: Residencial: Zona Industrial: Centro Poblado : Caserío :
Asociación: Grupo: Fundo: Otros (especificar) :

Nombre de zona:

Referencia:

Departamento: Provincia: Distrito:

Teléfonos: Autorizo se me notifique al siguiente correo electrónico :

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

Que; encontrándome delicada de salud y contando con una cita medica de ESSALUD para el dia viernes 09 de agosto del presente año, solicito a ud. se me otorgue dicho permiso ya que es de importancia y siendo uno de mis derechos que me corresponde por ley.

PORTANTO : Ruego a ud. acceda mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
HUANCAMELICA
OFICINA DESCENTRALIZADA ACOBAMBILLA
MESA DE PARTES
FECHA: 08-08-2024
HORA: 3:00 PM. FOLIOS: 02
[Firma]
FIRMA

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

copia de cita

Ancapa, 08 de agosto del 2024

LUGAR Y FECHA

[Firma]

FIRMA DEL USUARIO

et Cita Amb

<http://10.56.1.158/sgss/se>



EsSalud

Cerrar

CAP II CHUPACA
CEXT - MEDICINA GENERAL

Fecha de la Cita : **09/08/2024**
Hora de la Cita : **09:24**
Medico : **HUAUYA ÑAHUERO ALLISON**
Consultorio : **ECOG**
Orden / Total : **13 / 30**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **NUÑEZ ROJAS CARMEN**
Historia Clinica : **Nro 282**
Autogenerado : **7311130NERAC004**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
No. Acto Medico : **972477 VOLUNTARIA NORMAL**

Terminalista : **AVILA LARA HAIDA**
Fecha : **05/08/2024 Hora : 08:57:18**
ASISTIR 30 MINUTOS ANTES DE LA HORA CITA
FUERA DE HORA OTORGAR CITA OTRO USUARIO