

GESTIÓN DE TRÁMITES

Rev. 0

JURISDICCIÓN

N°	Denominación
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ACCIÓN (1)	ASUNTO (2)	CAUSA (3)	DESCRIPCIÓN (4)
* IT - IC - EC - ET - MT			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Nombre y Apellido o Sello
Director o Responsable

Correo Electrónico / Teléfono

Oficina

Firma

DNI

Fecha

*Si el formulario es enviado por correo institucional, no es necesaria la firma del Director o Responsable.