

## SOLICITUD DE INFORME

**SOBRE INSCRIPCIÓN DE INCAPACIDADES O CAPACIDADES RESTRINGIDAS**

Delegación:



# Objeto del Pedido:

Fecha de solicitud:

**Nota:** Escríbase con letra clara, tipo imprenta, sin usar abreviaturas ni iniciales y sin omitir nombres. Las enmendaduras para ser válidas deberán ser salvadas.

IMPORTANTE: en la siguiente solicitud deberán consignarse los datos correspondientes a una (1) sola persona.



**Se solicita información:** si consta Inscripción de capacidad restringida o Incapacidad de:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellidos | | | | | | | | | |
| Nombres | | | | | | | | | |
| Tipo y Número de DNI | | Nacionalidad | | | Fecha de Nacimiento | | | | |
|  |  |  | |  |  | |
| Lugar de nacimiento | | | Acta N° | Folio | | Tomo | | | Año |

# Informe:



**Solicitante:**

Firma y Sello

**…………………………………………………………………………..**

Apellido y Nombre

**………………………………………………………………………………….**

Tipo y Número de Documento de Identidad

Fecha y Hora de Expedición: