PAMI INSSJP

Formularios PAMI

SOLICITUD INFORMACIÓN PÚBLICA DEL INSSJP

Fecha:

Datos personales

1. Apellidos:

Nombres:

2. Razón social:

3. DNI / CUIL / Pasaporte:

4. Domicilio: Número: Piso: Dpto:

Código Postal: Localidad: Provincia:

5. Teléfono:

6. Correo electrónico:

Solo en los casos que la solicitud se realice a través de apoderado/a, deberá acompañarse copia del poder legalizado

Información que desea solicitar / si se conoce, indicar área:

IF-2024-76807730-INSSJP-DE#INSSJP

DATOS ESTADÍSTICOS: (Opcional)

Edad: _____ **Género:** _____

Sector: _____

- ☐ ONG
- ☐ Institución pública
- ☐ Medio de comunicación
- ☐ Empresa
- ☐ Senador / Diputado
- ☐ Partido político
- ☐ Estudiante
- ☐ Sindicato
- ☐ Docente / Investigador

Otro (Indicar cuál): _____

Profesión: _____

Máximo nivel de estudios alcanzados: _____

- ☐ No informa
- ☐ Primario
- ☐ Secundario
- ☐ Terciario
- ☐ Universitario
- ☐ Posgrado

Firma

Aclaración

IF-2024-76807730-INSSJP-DE#INSSJP