

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO
MESA DE PARTES VIRTUAL

CÓDIGO UNICO DE TRAMITE - CUT: 7ClemIMo

DATOS DEL SOLICITANTE

TIPO DE PERSONA: PERSONA NATURAL

DNI: **NOMBRE:** **APELLIDO PATERNO:** **APELLIDO MATERNO:**
MARISOL VARGAS RAMOS

RUC: **RAZON SOCIAL:**

CORREO ELECTRÓNICO: **TELÉFONO/CELULAR:** **DIRECCIÓN:**

DATOS DEL DOCUMENTO

ASUNTO:
SOLICITA JUSTIFICACION DE INASISTENCIA POR ATENCION MEDICA.

TIPO DE DOCUMENTO: **NÚMERO DE DOCUMENTO:** **FOLIOS DEL DOCUMENTO:**
INFORME S/N 2

CABECERA DEL DOCUMENTO:

FECHA Y HORA DE REGISTRO: 22 de agosto del 2024 a las 11:35:55



Escaneando el código QR, podrá realizar el seguimiento de su trámite, utilizando el CUT generado.