



PERÚ
Ministerio de Educación

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO

Nº 006116

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 308
OFICINA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO

02F 19 NOV 2024

EXPEDIENTE N° 14223

HORA: 9:25 FIRMA: *[Signature]*
(SELLO)

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO: Solicito justificación de inasistencia del día viernes 15-11-2024.

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE: Señor Director de la UGEL-Y.

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno: SARDON Apellido Materno: DE LA TORRE Nombres: Raul Héiber

Persona Jurídica:

Razón Social: Docente de la IEP N° 70266 Imicati adisp. de la UGEL-Y

Tipo de Documento:

DNI: 01229387 RUC: C.E.

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA: Avenida: Jirón: ☒ Calle: Pasaje: Carretera: Prolongación:

Nombre de la vía: Lima

N° de Inmueble: 513 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: Ciudad

Referencia: altura del hospital - Y.

Departamento: Puno Provincia: YUNGUYO Distrito: YUNGUYO

Teléfonos: Autorizo se me notifique al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con caracter de DECLARACION JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO: Que por motivos de Salud no pude asistir a mi centro de labor el día 15 de noviembre, puesto que tuve cita en el Hospital de Essalud Puno. Hospital III de Selcedo en horas de la mañana. En tal razón Solicito a su despacho Señor Director de la UGEL se me justifique mi asistencia, para lo cual adjunto mi constancia de atención.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- Constancia de atención médica.

Yunguyo 19 de Nov. 2024
LUGAR Y FECHA

[Signature]
FIRMA DEL USUARIO

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): Sardon de la Torre Saul Helber

Seguro N°: _____

Atendido en el Consultorio de: NC

por el Dr. (a): _____

el día: 15 Nov 2014

se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCION a solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente.


Dr. Luis F. Herrera
Firma y Sello
CMP