

 GOBIERNO REGIONAL DE APURIMAC	SOLICITUD DE SERVICIOS ARCHIVISTICOS ARCHIVO CENTRAL INSTITUCIONAL	Nº DE SERVICIO

Solicitante : Interno <input type="checkbox"/> Externo <input type="checkbox"/>	Fecha de solicitud(*) <input type="text"/>
	Fecha de Devolución <input type="text"/>

DEPENDENCIA DE SOLICITANTE (*) _____

NOMBRE DE SOLICITANTE (*) _____

ACCION QUE SOLICITA (*):

CONSULTA EXPEDICION DE COPIAS PRORROGA

PRESTAMO REVISION DE EXPEDIENTES OTROS _____

Nº	DESCRIPCION DOCUMENTAL	FECHA DE DOCUMENTO	OBSERVACIONES

Firma del Solicitante

DNI (*) _____

Firma y sello de autorización del Jefe de la Dependencia Solicitante

FIRMA Y SELLO DE AUTORIZACIÓN DE SECRETARIA GENERAL

Firma y sello de recepción de Encargo del Archivo Central Institucional