

IPASME Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación DISTRIBUCIÓN GRATUITA	Oficina de Atención Ciudadana.		1. N° Registro O.A.C Nacional	2. N° Registro O.A.C Ipasme		
	Planilla de Denuncia			3. Fecha de la Solicitud		4. Hora <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
				Día	Mes	

*Toda Denuncia debe estar Formalmente identificada.

Datos del Denunciante.

5. Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	6. Apellidos y Nombres:				
7. Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	8. Edad:	9. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Estable de Hecho			
10. Lugar de Nacimiento	11. Nivel Educativo		12. Profesión		
13. Dirección de Habitación:					
14. Parroquia:		15. Municipio:		16. Ciudad:	
17. Correo Electrónico:			18. Teléfono Habitación Cód. Área		19. Teléfono Celular Cód. Área
					20. Teléfono Trabajo Cód. Área

Datos de Identificación v/o Ubicación del Denunciado(s)

<input type="checkbox"/> Persona Natural		<input type="checkbox"/> Persona Jurídica		<input type="checkbox"/> Órgano o Ente		<input type="checkbox"/> Consejo Comunal		<input type="checkbox"/> Otro	
21. N° de Cédula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		22. Apellidos y Nombres:				23. Cargo			

Descripción

24. Relate los hechos brevemente:	
25. ¿La Denuncia ha sido presentada ante otra instancia o en fecha anterior? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Explique:	
26. ¿Los hechos señalados son competencia del Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación. (IPASME) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Explique:	
27. Documentos que Anexa como prueba de los hechos: <input type="checkbox"/> Copia de Cédula <input type="checkbox"/> Carta de exposición de Motivo <input type="checkbox"/> Otros:	

Declaro que los datos suministrados son fidedignos y estoy en conocimiento que cualquier falta o falsedad, en los mismos, involucra sanciones o a la no aceptación de la solicitud.		28. Firma del Solicitante	29. Huella Dactilar

Sólo para ser llenado por la Unidad Receptora

30. Descripción del Trámite:		32. Sello y Firma:	
31. Funcionario Receptor:		33. Cedula de Identidad: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E	

OYP-OAC FM 002-2019

IPASME Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación DISTRIBUCIÓN GRATUITA	Oficina de Atención Ciudadana.		2. Fecha de la Solicitud		1. N° Registro O.A.C IPASME		
	Planilla de Denuncia			Día	Mes	Año	3. Hora <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
4. Nombre y Apellido del Ciudadano Solicitante:				7. Sello:			
5. Nombre del Funcionario Receptor:				6. Firma del Funcionario Receptor:			

Usted podrá solicitar información sobre su solicitud en la Oficina de Atención Ciudadana a través de los teléfonos (0212) 546-66-51 / 546-68-48/ 542-03-68

Todos los trámites realizados ante esta oficina son absolutamente gratuitos

OYP-OAC FM 002-2019

ESTA PLANILLA VA SIN ENMIENDAS