

IPASME Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación DISTRIBUCIÓN GRATUITA	Oficina de Atención Ciudadana. Planilla de Solicitud :		1. N° Registro O.A.C Nacional		2. N° Registro O.A.C Ipasme	
	<input type="checkbox"/> QUEJA <input type="checkbox"/> SUGERENCIA <input type="checkbox"/> RECLAMO <input type="checkbox"/> PETICIÓN		3. Fecha de la Solicitud			4. Hora
			Día	Mes	Año	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM
Datos del Ciudadano(a) Solicitante						
5. N° Cédula de Identidad:		6. Apellidos y Nombres:				
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E						
7. Sexo:		8. Edad:	9. Estado Civil:			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<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. Correo Electrónico:			14. Teléfono Habitación	15. Teléfono Celular		16. Teléfono Trabajo
			Cód. Área	Cód. Área		Cód. Área
Datos del Ciudadano Beneficiario(a)/ Comunidad o Comuna.						
17. N° Cédula de Identidad:		18. Tipo de Registro		19. Apellidos y Nombres:		
<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E		<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> C				
20. Sexo:		21. Edad:	22. Estado Civil:			
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Unión Estable de Hecho			
23. Fecha de Nacimiento:		24. Nivel Educativo:		25. Profesión:		26. Parentesco
27. Dirección de Habitación:						
28. Parroquia:		29. Municipio:		30. Ciudad:		
31. Correo Electrónico:			32. Teléfono Habitación	33. Teléfono Celular		34. Teléfono Trabajo
			Cód. Área	Cód. Área		Cód. Área
35. Documento que Anexa: (El Ipasme se reserva el derecho de solicitar cualquier recaudo adicional, que contribuya al desarrollo de la solicitud)						
<input type="checkbox"/> Copia de Cédula Solicitante <input type="checkbox"/> Carta Exposición de Motivo <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Copia de Cédula de beneficiario <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.			36. Firma del Solicitante		37. Huella Dactilar	
Sólo para ser llenado por la Unidad Receptora						
38. Prioridad del Trámite:		39. Nombre del Funcionario Receptor:			40. Sello y Firma:	
<input type="checkbox"/> Alta <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Baja						
41. Descripción del Trámite:			42. Cédula de Identidad:			
			<input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> E			

ESTA PLANILLA VA SIN ENMIENDAS.

OYP-OAC FM 001-2019

IPASME Instituto de Previsión y Asistencia Social para el personal del Ministerio de Educación DISTRIBUCIÓN GRATUITA	Oficina de Atención Ciudadana. Planilla de Solicitud :		1. N° Registro O.A.C IPASME			
	<input type="checkbox"/> QUEJA <input type="checkbox"/> SUGERENCIA <input type="checkbox"/> RECLAMO <input type="checkbox"/> PETICIÓN		2. Fecha de la Solicitud			3. Hora
			Día	Mes	Año	<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 001-2019