

SOLICITUD: RESOLUCIÓN DE TERMINO DE SERUMS

DIRECTOR (A) REGIONAL DE LA DIRECCIÓN DE SALUD DEL CALLAO

Presente.-

Yo....., con documento de identidad N°
....., de profesión....., de la Universidad
domiciliado en....., teléfono.....,
N° de colegiatura....., con proveído N°

Me presento ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, habiendo realizado mi SERUMS en el establecimiento
....., desde hasta el
.....

POR TANTO:

Solicito se me otorgue la Resolución de Termino de SERUMS.

Bellavista;_____ de _____ del 202_.

FIRMA: _____

Nombre y Apellido: _____

Celular: _____

*ADJUNTO

REPORTE DE INFORME FINAL APROBADO POR LA COORDINACIÓN REGIONAL (Firmado por el Médico Jefe y el encargado de Estadística del EESS correspondiente).

CONSTANCIA DE TÉRMINO (Firmada por el Médico jefe del EESS)

CONSTANCIA DE NO ADEUDAR BIENES. (Firmada por el Médico jefe del EESS)

www.diresacallao.gob.pe
rhumanos@diressacallao.gob.pe

Jr. Colina N° 879 Bellavista – Callao
Teléfonos: 4650048-4655279