

REGISTRO DE SOLICITUDES CON INTERVENCIÓN TÉCNICA

Fecha de solicitud: ____/____/____ N° de Solicitud: _____

Proyecto de Recepción: Código N° : _____ Nombre _____

Funcionario que Atiende la Solicitud: Nombre: _____

Tipo de Solicitante: (marque lo que corresponde) **Persona** **Institución** **Anónimo**

Origen de la Solicitud: (Ver catálogo) _____

DEMANDA Fecha de Presentada ____/____/____

Tipo de Demanda (seleccionar del catálogo uno o más valores) _____

Descripción:

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

Si el solicitante es una Institución (complete los siguientes datos):

Nombre de la Institución: _____ **Representante:** _____

Si el solicitante es Persona (complete los siguientes datos):

1er. Nombre: _____ **Otros Nombres** _____

1er.Apellido: _____ **2do.Apellido:** _____

Nacionalidad: _____ **Documento N°** _____ **Fecha venc** ____/____/____

Otro Documento: País emisor: _____ **N°** _____

Pasaporte: País emisor _____ **N°** _____ **Fecha venc.** _____ **Credencial Serie** _____ **N°** _____

Sexo: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____ **Estado Civil:** _____

DIRECCIÓN

País: _____ **Departamento:** _____

Ciudad _____ **Región:** _____ **Zonal** _____ **Barrio:** _____

Calle: _____ **Entre Calle** _____

Y calle _____ **Ruta/ Camino** _____

N° de Puerta: _____ **Apto** _____ **Código Postal** _____ **Centro Habitacional** _____ **Block / Torre** _____

Manzana : _____ **Solar:** _____ **Tipo Zona.** _____

**INSTITUTO DEL NIÑO Y ADOLESCENTE DEL URUGUAY
SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA INFANCIA**

Seccional Policial. _____ Observaciones: _____

Teléfonos : Fijo _____ Fax _____ Celular. _____

Correo Electrónico _____

Vínculo con el Sujeto de Derecho: (Ver catálogo) _____ **Integra el Grupo de Convivencia:** SI o NO _____

Técnicos de la Solicitud:

Nombre _____ **Función** _____

Nombre _____ **Función** _____

Nombre _____ **Función** _____

Firma: _____

Aclaración: _____

Fecha: _____