



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN PUNO
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 008536

1. Sumilla: Solicito Calificar mi
Certificado de Discapacidad

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige
Señor(a) Directora de la Ugel el Collao Ilave

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)
Candelaria del Castillo Arias

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

DNI 42767991

5. D.N.I.

6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.)

8. Fundamentación del Pedido

Que, tomando conocimiento del Cuadro preliminar de contrato 2024, mi persona no fue -
calificado el certificado de discapacidad que pre-
sente, por ello es que solicito a su representada
ordenar al que corresponda la calificación de mi -
certificado de discapacidad que por ley me faculta.

9. Documentos que se adjuntan:

- copia DNI
- copia de certificado de discapacidad.

10. Lugar y Fecha: Ilave, 09 de febrero 2024

11. Firma:

[Firma]