



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



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 008809

1. Sumilla: SOLICITA COBERTURA
POR DESEMPLEO

SEÑORA DIRECTORA DE UGEL-EL COLLAO-ILAVE

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige

Humberto JESUS OROCOLLO,

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)

Profesor Cesante

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

01785659

5. D.N.I.

1001785659

6. Código Modular

Urb. N. S. del Carmen B-16 de Ilave El Collao

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

8. Fundamentación del Pedido

Que habiendome cortado la atención en Essalud.
en las atenciones medicas, a mi persona y
mi conyugue. por lo que Solicito LA COBERTURA
POR DESEMPLEO en Salud de Seguro Social que
me acceda la atención correspondiente.

9. Documentos que se adjuntan:

Copia de DNI

Copias de boletas de pago.

Copia R.D. Nombramiento

Copia R.D. de Cese

10. Lugar y Fecha: Ilave 6 de Febrero de 2024

11. Firma:

[Firma]