

## Solicitud de Acceso a Información Pública Ley N° 20.285

Codigo	Número

Instrucciones: Complete el formulario con letra imprenta

### IDENTIFICACION DEL SOLICITANTE (Obligatorio)

Nombre y Apellidos / razon Social: \_\_\_\_\_

Nombre y Apellidos del Apoderado (sólo si corresponde): \_\_\_\_\_

### INFORMACION DE LA SOLICITUD (Obligatorio)

Nombre de la entidad a la que dirige la solicitud: \_\_\_\_\_

Identificación de la información solicitada. Señale la materia, fecha de emisión o periodo de vigencia, origen o destino, soporte, etc.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Vía de Notificación (Especifique sólo una vía)

<input type="checkbox"/> Deseo ser notificado/a a través de correo electrónico	Email: _____
<input type="checkbox"/> Deseo ser notificado/a a través de mi dirección postal	Calle: _____
Número: _____ Depto: _____	Villa/Pob/Sector: _____
Comuna: _____	Ciudad: _____ Reg: _____ País: _____

### Forma de recepción de la información solicitada (marque con una X)

Email  Envío por correo  Retiro en oficina

Especificar oficina: \_\_\_\_\_

### Formato de entrega (marque con una X)

Copia en papel  Formato digital

### Observaciones

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Este campo NO constituye solicitud de acceso a la información, solo permite poner en conocimiento del servicio alguna circunstancia que consideren relevante para efectos del acceso y entrega de la información

Fecha: DD/MM/AAAA _____	Firma solicitante (Obligatorio) _____
-------------------------	---------------------------------------

### INFORMACION ESTADISTICA (opcional)

#### Datos Personales

Sexo: M  F  Edad: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_ Rut: \_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

#### Tipo de organización en que participa

Centro de padres <input type="checkbox"/>	Club deportivo <input type="checkbox"/>
Colegios profesionales / técnicos <input type="checkbox"/>	Cooperativas <input type="checkbox"/>
Iglesia / entidades religiosas <input type="checkbox"/>	Organización de adultos mayores <input type="checkbox"/>
Organización de mujeres <input type="checkbox"/>	Organización juvenil / estudiantil <input type="checkbox"/>
Organización vecinal <input type="checkbox"/>	Participación política <input type="checkbox"/>
Organización sindical <input type="checkbox"/>	Organización cultural <input type="checkbox"/>
Organización medioambiental <input type="checkbox"/>	Otras organizaciones <input type="checkbox"/>

#### Ocupacion:

Dueña/o de casa <input type="checkbox"/>	Estudiante <input type="checkbox"/>
Periodista <input type="checkbox"/>	Cesante <input type="checkbox"/>
Jubilado/a - Pensionado/a <input type="checkbox"/>	Patron/a - Empleador/a - Empresario/a <input type="checkbox"/>
Trabajador/a asalariado/a <input type="checkbox"/>	Trabajador/a servicio doméstico <input type="checkbox"/>
Trabajador/a independiente <input type="checkbox"/>	Miembro de organización de la sociedad civil <input type="checkbox"/>
Investigador/a académico/a <input type="checkbox"/>	Miembro de gremio empresarial <input type="checkbox"/>
Religioso/a <input type="checkbox"/>	Funcionario/a Público/a <input type="checkbox"/>
Otra <input type="checkbox"/> (especificar): _____	

#### Frecuencia de participación en la organización

Frecuentemente  De vez en cuando

Casi nunca  Solo estoy inscrito

#### Nivel educacional

Basica incompleta <input type="checkbox"/>	Basica completa <input type="checkbox"/>	Media incompleta <input type="checkbox"/>
Media completa <input type="checkbox"/>	Educación técnica / profesional <input type="checkbox"/>	Universitaria <input type="checkbox"/>
Postgrado (Master, Doctorado) <input type="checkbox"/>	Sin educación <input type="checkbox"/>	

#### Información relevante:

- La respuesta a su solicitud tiene un plazo máximo de 20 días hábiles. Sin embargo este podrá ser prorrogado por otros 10 días hábiles en casos justificados
- La información solicitada se entregará en la forma y por el medio que usted señale, siempre que no signifique un costo excesivo.
- La reproducción de la información puede tener un costo. El no pago de este impide la entrega de la información.

### ACUSE RECIBO SOLICITUD LEY 20.285

Con fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ se ha recibido la Solicitud de Acceso a la Información de don/ña \_\_\_\_\_

Nombre institución: \_\_\_\_\_ Nombre funcionario/a: \_\_\_\_\_