

SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE APOSTILLADO DE TÍTULO O DIPLOMA



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD
SECCIÓN DE REGISTRO DE PERSONAL ENSALUD
9 avenida 14-65 zona 1 Teléfono 24920707 Extensión 604

Guatemala _____ de _____ de 20 _____

Jefatura
Departamento de Formación de Recursos Humanos en Salud
Dirección General de Recursos Humanos
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Ciudad de Guatemala.

Yo _____ quien me identifico con el número de DPI _____ extendido en el departamento de _____.

Número de Registro del Título o Diploma: _____ Folio: _____ Libro: _____

Nombre del Título o Diploma registrado en este Departamento: _____

Fecha de Inscripción del Título o Diploma en el Departamento de Formación de Recursos Humanos en Salud: _____

Solicito se me emita una Certificación de Apostillado de mi título o diploma la cual requiero para tramites personales.

Firma del solicitante: _____ Fecha de solicitud: _____

Domicilio actual: _____ Correo electrónico: _____

Exclusivo para tramitador

Nombre del tramitador _____

Número de DPI _____ extendido en el departamento de _____

Parentesco _____ Teléfono: _____ Dirección: _____

Firma _____ Lugar y Fecha _____

Requisitos presentados: *(exclusivo para sección de registro de personal en Salud)*

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Carta de solicitud a Jefatura | <input type="checkbox"/> Fotocopia de título o diploma | <input type="checkbox"/> Carta de autorización a tercero |
| <input type="checkbox"/> Formulario de solicitud | <input type="checkbox"/> Fotocopia de DPI ambos lados | <input type="checkbox"/> Fotocopia de DPI de tercero |
| <input type="checkbox"/> Diploma original | | |

Recibido por: _____