



AUTORIZACION PARA NOTIFICAR VIA CORREO ELECTRONICO (*)

Para Persona Natural

Yo,, Identificado(a) con DNI
y con RUC N°, Representante legal del EESS / SMA
..... ubicado en en
distrito

Para Persona Jurídica

Yo,, Identificado(a) con DNI
representante legal de la persona jurídica
con RUC N°, propietario del EESS / SMA
..... ubicado en
distrito

Mediante el presente documento, **autorizo expresamente y de manera libre y voluntaria, al Área de Autorización y Categorización de IPRESS, de la Dirección de Salud Lima Este (DIRIS Lima Este), que me notifique a través del siguiente correo electrónico:**

....., **o a través del correo electrónico consignado en el aplicativo RENIPRESS (sección datos del representante legal)**; todos los actos administrativos que se emitan respecto de mi solicitud de: Comunicación de Inicio de Actividades y/o Actualización de datos en el RENIPRESS y/o Solicitud de categoría y/o recategoría de Establecimiento de Salud / Servicio Médico de Apoyo y/o Solicitud de retiro voluntario u otro que realice mediante solicitud de parte.

Formulo la presente autorización para notificar, para los fines legales correspondiente, del trámite solicitado.

En señal de conformidad, firmo e imprimo mi huella digital en la presente autorización.

El Agustino,..... de del 20....

Firma del representante legal del EESS o SMA

Nombre y Apellidos:

Celular:

Correo electrónico:

(*) Según el numeral 20.1 y 20.4 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimientos Administrativo General, aprobado con Decreto Supremo N° 004-2019-JUS