

FORMULARIO DESIGNACIÓN DE REPRESENTANTE DE TRANSPARENCIA PASIVA

FECHA: _____ / _____ / _____

| |
|-------------------------------------|
| ORGANISMO: |
| |
| NOMBRE COMPLETO DEL REPRESENTANTE: |
| |
| CARGO INSTITUCIONAL: |
| |
| MAIL DE CONTACTO INSTITUCIONAL: |
| |
| TELÉFONO DE CONTACTO INSTITUCIONAL: |
| |

