



REPUBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA  
 ALCALDIA DEL MUNICIPIO SAN CRISTOBAL  
 CONSEJO DE PROTECCION DE NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES  
 DEL MUNICIPIO SAN CRISTOBAL – ESTADO TACHIRA



San Cristóbal, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016.

**OFICIO CPNNA N° \_\_\_\_\_.**

**Centro Médico:** \_\_\_\_\_

**SAN CRISTÓBAL - ESTADO TÁCHIRA**

**Presente.-**

Me dirijo a usted después de un saludo Institucional, en la oportunidad de solicitarle la verificación de los datos de nacimiento del niño, niña y/o adolescente: \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) años de edad, motivo por el cual solicitamos se revisen los archivos de Nacimientos, en virtud de la solicitud realizada por el (la) ciudadano (a): \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, mayor de edad, titular de la cédula de \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_, quien manifestó ser: \_\_\_\_\_, la Constancia de Verificación de Datos de Nacimiento del (a) prenombrado(a) Niño (a) y/o Adolescente, en dicho Centro Hospitalario, a tal efecto se aportan los siguientes datos:

- **NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_
- **PROGENITORA:** \_\_\_\_\_, de nacionalidad \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ años de edad, titular de la cédula de \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_
- **HISTORIA CLÍNICA N°:** \_\_\_\_\_

Dicha solicitud se realiza por motivo de: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_.

Petición que hago, de conformidad a las atribuciones que nos confiere la Ley Orgánica para la Protección de Niños Niñas y Adolescentes, esperando pronta y oportuna respuesta. Atentamente,

**CONSEJERO(A)(S) DE PROTECCIÓN**

**Observación:** Las resultas deberán ser entregada y/o retirada por la autoridad competente.