



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 y le sea entregada al (a) ciudadano (a): _____, de nacionalidad _____, mayor de edad, titular de la cédula de _____ N° _____, en su condición de: _____, 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 entregadas a la parte interesada.