



TESÁI HA
TEKO PORÁVE
Mbovoniha
Ministerio de
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



TETĀ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL

Paraguay
de la gente

FORMULARIO DE ALTA, BAJA O MODIFICACION DE USUARIO DE CORREO INSTITUCIONAL

Fecha:/...../.....

Datos del Usuario

Nombres: (*) _____ Apellidos: (*) _____

Cedula de identidad: (*) _____ N° de celular: _____

Correo Electrónico Particular: (*) _____

Dependencia: (*) _____

Interno: _____

(*) Campos Obligatorios

Solicitud de:

Alta

Baja

Modificación

Firma del Solicitante: _____ Aclaración: _____

Firma del Superior Inmediato: _____ Aclaración: _____

Sello de la Dependencia

Recibido el/...../.....

Firma del encargado de ABM de usuarios

Procesado el/...../.....

Notificado al usuario el/...../.....

Firma de conformidad del usuario