

## Servicio Provincial de Procuración

Lugar: .....

*Día      Mes      Año      Hora*

**SPP CUCAIBA**

Para Comisaría Nro:

## Solicitud

Se solicita que en el término de seis (6) horas se realicen las gestiones para lograr la:

**Identificación de paciente NN**

Sexo: .....

Edad Aproximada ..... años

Internado en: .....

Servicio: ..... Cama: .....

y posterior búsqueda de familiares

**Búsqueda de familiares de .....**

DNI nro .....

Internado en: .....

Servicio: ..... Cama: .....

Pasado el lapso de seis (6) horas, requerimos se nos informe vía fax el resultado del requerimiento al teléfono

**0 800 222 0101**

procuracion@cucaiba.gba.gov.ar