



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA

REFERENCIA: RECURSO DE REPOSICIÓN

Santiago,.....de 2012

**ROSA OYARCE SUAZO
SECRETARÍA REGIONAL MINISTERIAL DE SALUD
REGIÓN METROPOLIANA**

Yo,.....en mi calidad de....., interpongo el presente Recurso de Reposición ante la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana, tal como lo establece el artículo 59º de la ley 19.880 de 2003, de las Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de los Órganos de la Administración del Estado, contra la decisión administrativa Resolución N°.....de fecha....., la cual resolvió mi derecho de petición presentada con fecha..... para que se modifique.....o revoque.....

MOTIVOS

.....
.....
.....
.....
.....
.....

PRUEBAS O ANTECEDENTES

Solicito se estudien y complementen los siguientes antecedentes:

.....
.....
.....
.....
.....

La correspondencia será recibida en la siguiente dirección:

.....

Atentamente,

.....
NOMBRE Y FIRMA, PROPIETARIO O REPRESENTANTE LEGAL



SUBDEPARTAMENTO DE PROFESIONES MÉDICAS Y FARMACIA