

SOLICITA: AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A  
ATENCIÓN EXTRAINSTITUCIONAL BAJO  
LA MODALIDAD DE REEMBOLSO

SEÑOR CONTRALMIRANTE ADM., DIRECTOR EJECUTIVO DE LA IAFAS DE LA MARINA  
DE GUERRA DEL PERÚ

Sr. CALM. ADM.

Yo, .....,  
identificado con N° de CIP..... y N° de DNI....., domiciliado en  
.....  
....., laborando actualmente en  
..... con teléfono  
celular N°....., correo electrónico.....,  
con Diagnóstico:.....,  
ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que,.....  
.....  
.....  
.....

para lo cual se adjunta lo siguiente:

- Copia del TIN
- Copia del DNI
- Informe médico sustentatorio, con firma y sello del médico tratante
- Presupuesto detallado con costos por el monto aproximado de la atención

Bellavista,

Atentamente,

.....  
Firma

**NOTA:** Formato normado en el apéndice IX del Anexo "A" de la Directiva  
DIPERMAR N° 03-2020.