

N° de registro		
dd	mm	aa
Uso exclusivo ISL		

FORMULARIO OIRS

Campos en asterisco (*) son de carácter obligatorio

Fecha presentación	dd	mm	aa	Centro atención ISL	
1. IDENTIFICACIÓN SOLICITANTE (Puede ser cualquier persona que nos hace ver la situación)					
RUN o N° de identidad (*)		Apellido paterno (*)		Apellido materno	
Sexo (*)		Región (*)		Comuna (*)	
Mujer					
Hombre					
Correo electrónico					
2. IDENTIFICACIÓN BENEFICIARIO (Igual o diferente al solicitante, empleador(a), trabajador(a) activo(a) o pensionado(a))					
RUN o N° de identidad (*)		Apellido paterno (*)		Apellido materno	
Nombres (*)					
3. TIPO DE PRESENTACIÓN (*) (Marque con una X)					
Consulta		Felicitación		Reclamo	
				Reclamo por atención telefónica	
					Sugerencia
4. DESCRIPCIÓN DE LA PRESENTACIÓN (*)					
4.1 Necesito me envíen respuesta mediante (*) (Complete la información para enviar respuesta)					
Correo electrónico			Domicilio		Teléfono
					No requiero respuesta
5. CARACTERIZACIÓN SOLICITANTE: Agradecemos responder de manera voluntaria, para fines estadísticos					
Nacionalidad			Edad		Nivel educacional

Firma y timbre de recepción
funcionario(a) ISL