

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		Nombres (*)	
Sexo (*)	Región (*)		Comuna (*)		Correo electrónico	Teléfono (*)
Mujer						
Hombre						
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