



Ministerio de  
Salud  
Departamento Automotores

**Planilla de solicitud de vehículo y chofer para comisión oficial de servicio**

Solicitante: \_\_\_\_\_

Chofer : \_\_\_\_\_

(asignado por la coordinación de automotores)

Dominio del vehículo oficial asignado: \_\_\_\_\_

(asignado por la coordinación de automotores)

Día de salida: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Día de regreso: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Lugar o lugares de la comisión e intermedios: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Motivo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Agentes de la comisión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_