

Tipo de Solicitud	Ampliación de Capacidad
-------------------	-------------------------

Oficio N°	
Fecha	

A : SECRETARIO REGIONAL MINISTERIAL DE EDUCACIÓN
REGIÓN DE COQUIMBO

DE :
REPRESENTANTE LEGAL

SOSTENEDOR

Nombre Establecimiento	:	<input type="text"/>
Rol base de Datos	:	<input type="text"/>
Corresponde a Local	:	<input type="text"/>
Correo Electrónico	:	<input type="text"/>
Comuna	:	<input type="text"/>
Dirección	:	<input type="text"/>

Junto con saludarle, por medio de la presente hago entrega de la solicitud antes señalada:

DOCUMENTOS ADJUNTOS:

Firma del Representante Legal