



SUPREMA CORTE DE JUSTICIA
SECRETARIA DE PERSONAL

DS 017

SOLICITUD DE SILLA ERGONÓMICA (SeH)

Dependencia solicitante	Dependencia solicitante
Nombre Completo del Agente	Nombre y apellido del agente
DNI	DNI
Dirección postal donde se enviará la silla	Dirección donde se enviará la silla
Teléfono	Teléfono

****Se debe adjuntar certificados médicos que acrediten la necesidad***