**Quito D.M, 24 de abril de 2025**

Sr., Dr. Wagner Naranjo Salas

**RECTOR**

**ISTCRE**

De mis consideraciones. –

Yo, Escriba sus apellidos y nombres (primer apellido/segundo apellido /primer nombre/ segundo nombre) , con CI. Escriba su número de cédula o pasaporte , de la carrera de Elija un elemento. , Elija un elemento. nivel, periodo Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. - Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha..

Solicito a usted se me extienda el certificado de **Elija un elemento.**

El motivo de esta solicitud es Describa su justificación para solicitar este proceso

Atentamente;

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombres y apellidos

Número de documento de identificación

Número de teléfono de contacto

Correo electrónico institucional

Correo electrónico de referencia

 **IMPORTANTE:**

* Adjunte la documentación en formato PDF al correo electrónico (cédula en formato PDF)
* Firma manuscrita (firme según su documento de identidad – cedula de ciudadanía / pasaporte)
* Imprima el documento, firme el documento y Escanee – guarde el archivo en formato .pdf
* Emergencias Médicas envié los documentos al correo electrónico: asistenteinca1@cruzrojainstituto.edu.ec
* Gestión de Riesgos y Desastres envié los documentos al correo electrónico: asistente.gestion@cruzrojainstituto.edu.ec
* Administración de Sistemas de Salud envié los documentos al correo electrónico: asistente.admin.salud@cruzrojainstituto.edu.ec
* Bioseguridad de Sistemas Hospitalarios y Prehospitalarios envié los documentos al correo electrónico: asistente.bioseguridad@cruzrojainstituto.edu.ec
* Seguridad y Prevención de Riesgos Laborales envié los documentos al correo electrónico:
* asistente.srl@cruzrojainstituto.edu.ec
* Enviar al correo electrónico con el asunto: **SOLICITUD DE CERTIFICADO**