**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**

**INSTITUTO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS, TEJIDOS Y CÉLULAS - INDOT**

**SISTEMA NACIONAL INFORMÁTICO DE DONACIÓN Y TRASPLANTE - SINIDOT**

Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Señor

Ing. Galo Pule
Administrador del SINIDOT

Presente.-

Por medio de la presente, solicito la creación de un usuario operador en el SINIDOT:

1. DATOS DE LA INSTITUCIÓN SOLICITANTE

|  |  |
| --- | --- |
| Institución: |  |
| Dirección:(Provincia-Ciudad-Dirección) |  |
| Teléfono:(Código Provincia-Número) |  |

1. DATOS DEL FUNCIONARIO

|  |  |
| --- | --- |
| Nombres: |  |
| Apellidos: |  |
| Cédula: |  |
| Email: |  |
| Teléfono: |  |

1. PERFIL DEL SISTEMA AL CUAL DESEA ACCEDER

Administración General

Coordinador Zonal

Analista Zonal de Provisión y Logística

Analista de Regulación y Control

Coordinador de Trasplantes

Equipo TX

Equipo TX Administración

Administración Técnica

El suscrito asume todas las responsabilidades inherentes a la administración del usuario asignado. El Instituto Nacional de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células – INDOT, no será responsable del mal uso que pueda dar a la información a la cual he accedido como usuario.

Atentamente

FUNCIONARIO SOLICITANTE

NOMBRE:
C.I.:

Sello de la Institución

MÁXIMA AUTORIDAD/DELEGADO NOMBRE:

C.I.: