Fecha: .

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Solicitante: |  |
| Puesto |  |
| Nombre del documento: |  |
| Núm. Revisión:  |  |
| Justificación de la eliminación:: |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Procede solicitud | Si ( ) No ( ) |
| Acciones a tomar: |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Responsable asignado para la eliminación del documento: |  |
| Fecha de eliminación |  |