

FUERZAS MILITARES DE COLOMBIA
EJERCITO NACIONAL
DIRECCION DE SANIDAD

Bogotá, _____ de 201__

Señor
Jefe de Medicina Laboral
Bogotá

ASUNTO : Solicitud Copia _____

Con toda atención me permito solicitar al Señor Jefe de Medicina Laboral, se sirva autorizar a quien corresponda emitir copia autentica de _____.

Agradezco la atención prestada a esta solicitud,

Nombres y apellidos
C.C. _____
TEL: _____