



SOLICITUD DE RML

AL SR. JEFE
CUERPO MÉDICO DEPARTAMENTAL _____
S/D

N° PP: - - - / *

Fecha:

Ej.: PP-15-00-041862-19/00

Datos:

Lugar:

Carátula:

Dependencia Policial:

Juzgado/Fiscalía:

Apellido y Nombre:

Tipo de documento:

N°

Pedido de RML: *En caso de haber más de un involucrado y requerir más de un RML solicitar en el desarrollo del pedido.*