

# SOLICITUD DE RML

AL SR. JEFE  
CUERPO MÉDICO DEPARTAMENTAL \_\_\_\_\_  
S/D

Nº 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.*