

FORMATO 4: RECURSOS ADMINISTRATIVOS

Fecha del recurso: ____/____/____ Empresa distribuidora:_____

Nombre(s) y Apellidos del usuario	Documento de Identidad	Representante o apoderado
Correo electrónico* (para notificaciones)		¿Acepta notificación por correo electrónico?
		SI <input type="checkbox"/>
¿Acepta que Osinergmin le otorgue una casilla electrónica para la notificación de las Resoluciones y/o documentos emitidos por JARU?		SI <input type="checkbox"/>

*** CON ÉSTE UD. NO TIENE QUE DESPLAZARSE A LA OFICINA DE LA EMPRESA DISTRIBUIDORA CON LOS GASTOS Y TIEMPO QUE ELLO SIGNIFICA**, pues recibirá en su correo electrónico toda la documentación del procedimiento. Además, podrá realizar todos los actos (reconsideración, apelación, presentación de pruebas, escritos, etc.) que correspondan al procedimiento.

La empresa distribuidora y/o Osinergmin están obligados a acreditar la entrega efectiva de los documentos en su correo electrónico (resoluciones). UD. DEBERÁ CONFIRMAR LA RECEPCIÓN DE LA DOCUMENTACIÓN EN SU CORREO ELECTRÓNICO EN LOS DOS DÍAS HÁBILES DE RECIBIDA.

Número de Suministro (de existir)		Teléfono y/o celular del usuario	
Ubicación del suministro reclamado			
	Distrito	Provincia	Departamento
Domicilio procesal físico (en caso de no señalar correo electrónico)			
	Distrito	Provincia	Departamento

PRESENTO RECURSO ADMINISTRATIVO DE (Marque con una X):

RECONSIDERACIÓN ()	Indicar el número de la Resolución materia de reconsideración: _____
	Solicito a la empresa que REEVALÚE lo resuelto, considerando este(os) nuevo(s) elemento(s) que no tomó en cuenta:
	Presento el(los) siguiente(s) medio(s) probatorio(s) nuevo(s):

APELACIÓN
()

Indicar el número de la Resolución materia de apelación:

Solicito que Osinergmin REVISE la resolución de la empresa, porque no estoy de acuerdo con la manera en que ha evaluado mi reclamo, por las siguientes razones:

Coloque aquí su firma o huella digital: