

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
TRIBUNAL GENERAL DE JUSTICIA
 Programa de Administración de Documentos

- | | | |
|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> Tribunal Supremo Tribunal | <input type="checkbox"/> Centro Judicial _____ | Sección Archivo Terminado |
| <input type="checkbox"/> Tribunal de Apelaciones | <input type="checkbox"/> Sala Municipal de _____ | |
| <input type="checkbox"/> Archivo Central | | |

SOLICITUD DE COPIAS DE DOCUMENTOS

Solicitud Núm. _____

- Personal Por Correo Por Teléfono Por Fax Otro _____ (INDIQUE) Fecha _____

1. Nombre del Solicitante: _____ <p style="text-align: center;">Use letra de molde</p> 2. Dirección: _____ _____ _____ Zip Code _____ 3. Teléfono*: (____) _____	4. Servicio que Solicita: <input type="checkbox"/> Copia Certificada <input type="checkbox"/> Copia Simple <input type="checkbox"/> Examinar Expediente <input type="checkbox"/> Otro _____ (INDIQUE) 5. Número Copias Solicitadas: _____ 6. Si es para uso Oficial de una Agencia Gubernamental, indique el nombre _____
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

REFERENCIAS DEL CASO:

7. Dependencia: <input type="checkbox"/> Supremo <input type="checkbox"/> Tribunal de Apelaciones <input type="checkbox"/> Primera Instancia <input type="checkbox"/> Sala Superior <input type="checkbox"/> Municipal <input type="checkbox"/> Sub-Sección Distrito <input type="checkbox"/> OAT <input type="checkbox"/> Otro _____ (INDIQUE) _____ Sala	8. Asunto <input type="checkbox"/> a. Civil _____ <input type="checkbox"/> b. Relaciones de Familia <input type="checkbox"/> e. Expropiaciones <input type="checkbox"/> d Criminal <input type="checkbox"/> e. Tránsito <input type="checkbox"/> f. Otros _____ (INDIQUE)	9. Número del(de los) Caso(s): _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
10. Partes del(de los) Caso(s): _____ <p style="text-align: center;">Demandante</p> <p style="text-align: center;">vs</p> _____ <p style="text-align: center;">Demandado(a)</p>	11. Documento(s) que interesa: <input type="checkbox"/> Sentencia <input type="checkbox"/> Resolución <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/> Otro _____ (indique)	

PARA USO EXCLUSIVO DEL ARCHIVO

12. Documentos bajo custodia de: <input type="checkbox"/> Archivo Activo <input type="checkbox"/> Archivo Inactivo <input type="checkbox"/> Archivo Central	13. Solicitud atendida por: _____ _____	14. Fecha: _____ <p style="text-align: center;">Día Mes Año</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

15. Localización: _____ _____	16. Microfilmado: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Rollo Núm. _____	17. OBSERVACIONES: _____ _____ _____
-------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------

18. ARANCELES: Presentados Fijados Cancelados Devueltos	19. Solicitud Terminada por: _____	20. Solicitud Archivada por: _____	21. Fecha: _____ <p style="text-align: center;">Día Mes Año</p>
----------------------------------------------------------------------------	------------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------

22. Autorización del(de la) Supervisor(a): <input type="checkbox"/> Autorizada <input type="checkbox"/> Denegada	23. Firma: _____ <p style="text-align: right;">Supervisor(a)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------

DEVOLUCIÓN

24. Para poder tramitar su solicitud relacionada con el caso de referencia, necesitamos nos envíe lo siguiente:

<input type="checkbox"/> Nombre completo del(de la) demandante	<input type="checkbox"/> Tribunal donde se vio el caso
<input type="checkbox"/> Nombre completo del(de la) demandado(a)	<input type="checkbox"/> Número del caso
<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Sello de rentas internas por: _____
<input type="checkbox"/> Otro:	

Devuelva este formulario con la información solicitada. De no recibir ésta dentro de los próximos 15 días, procederemos a archivar su solicitud y deberá radicar una nueva solicitud.

Fecha: _____
 Día Mes Año

Firma del(de la) Funcionario(a) Autorizado(a) _____

