

**FORMATO 8:**  
Recurso de Reconsideración

		CÓDIGO DE RECLAMO	<input style="width: 100px;" type="text"/>										
N° DE SUMINISTRO	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>												
N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>												
FECHA DE NOTIFICACIÓN	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>												
<b>NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE</b>													
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres											
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI)	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>												
RAZÓN SOCIAL	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>												
TIPO DE RECLAMO (indique la letra del tipo de reclamo)													
Tipo de reclamo (según lista del Formato 2)	<input style="width: 90%; height: 20px;" type="text"/>												
<b>FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN</b>													
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>													
<b>NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO</b>													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 50%; height: 20px;"><hr/></td><td style="width: 50%;"><hr/></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr> <tr><td style="height: 20px;"><hr/></td><td><hr/></td></tr> </table>				<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>												
<hr/>	<hr/>												
<hr/>	<hr/>												
<hr/>	<hr/>												
<hr/>	<hr/>												
<b>SOLICITUD DE VERIFICACIÓN POSTERIOR DEL MEDIDOR</b>													
DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE (aplicable a los medidores por consumo medido, y solamente para aquellos que no solicitaron verificación al inicio del reclamo):		Si	<input style="width: 50px;" type="text"/>										
Acepto la realización de la prueba de verificación y asumir su costo, si el resultado de la prueba indica que el medidor no sobreregistra		No	<input style="width: 50px;" type="text"/>										
<b>INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR LA EMPRESA PRESTADORA</b>													
FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN	(DD/MM/AA)	<input style="width: 150px;" type="text"/>											
<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>											
Firma	Huella digital* (Índice derecho)	Fecha											

\* En caso de no saber firmar o estar impedido

(Texto según el Formato 8 de la Resolución de Consejo Directivo N° 066-2006-SUNASS-CD)