



**Unidad de Fiscalización
División de Supervisión, Evaluación y Gestión**

ANEXO 10. Carta Certificada Notifica Instrucción

Ciudad, fecha

Sr(es). (Nombre representante legal Colaborador Acreditado)
(Nombre Colaborador Acreditado)
(Domicilio Colaborador Acreditado) (*Donde hubieren ocurrido los hechos)
(Nombre Proyecto)

Junto con saludar y por medio de la presente, tome conocimiento del documento adjunto.

Atentamente,
Director/a Regional Nombre de la Región
Servicio Nacional de Protección Especializada a la Niñez y Adolescencia