

**FORMATO 8**  
**Recurso de Reconsideración**

CÓDIGO DE RECLAMO N°:

N° DE SUMINISTRO

N° DE RESOLUCIÓN IMPUGNADA

FECHA DE NOTIFICACIÓN

**NOMBRE DEL RECLAMANTE O REPRESENTANTE**

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD (DNI, LE, CI)

RAZÓN SOCIAL

**TIPO DE RECLAMO (Indique la letra del tipo de reclamo)**

Tipo de reclamo (vel lista de Formato 2)

**FUNDAMENTO DEL RECURSO DE RECONSIDERACIÓN**

**NUEVA PRUEBA QUE SUSTENTA EL RECURSO**

**SOLICITUD DE CONTRASTACIÓN DEL MEDIDOR**

DECLARACIÓN DEL RECLAMANTE (aplicable a los medidores por consumo medido y solamente para aquellos que no solicitaron contrastación al inicio del reclamo):

Acepto la realización de la prueba de contrastación y asumir su costo, si el resultado de la prueba indica que el medidor no sobregregistra.

Si   
No

**INFORMACIÓN A SER COMPLETADA POR SEDAPAL**

FECHA MÁXIMA DE NOTIFICACIÓN DE LA RESOLUCIÓN

Firma del Reclamante

Huella digital \*  
(Indice derecho)

Fecha

\* En caso de no saber firmar o estar impedido