

Programa de Discapacidad – Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

DNI: _____ Edad: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

Voluntario: Obligatorio: Obra social (*mencionar el nombre de la obra social*): _____Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

A quien corresponda:

Por medio de la presente informo que (*completar apellido y nombre del asociado/a*) _____no concurre a institución educativa alguna debido a (*indicar el motivo*) _____

_____Dicha situación, abarca el período desde _____ hasta _____
del año __________
Firma_____
Aclaración_____
DNI