

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS – FORMULARIO 03

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

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

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

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