

# 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