

Programa de Discapacidad – Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

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

Categoría: (marcar con una cruz el que corresponda. Si es VOLUNTARIO, sólo tildar la opción.
Si es OBLIGATORIO, mencionar la OBRA SOCIAL.)

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