

## 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