

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