

Programa de Discapacidad – Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

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

Voluntario: Obligatorio: Obra social (*mencionar el nombre de la obra social*): _____

Categoría (*marcar con una cruz el que corresponda*):

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 del asociado-a / padre / madre / tutor-a

Aclaración

DNI
