

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