

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD – Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS – FORMULARIO 04

Fecha: ____ / ____ / ____

Apellido y nombre: _____

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

Titular Cónyuge Concubino/a Hijo/a Otro

Indicar género según su DNI: F M X (no binario)

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