

Programa de discapacidad
Documentación General

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS - FORMULARIO 4

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 o tutor/a_____
Aclaración_____
DNI