

PROGRAMA DE DISCAPACIDAD
DOCUMENTACIÓN GENERAL

Fecha: ____ / ____ / ____

NOTA BENEFICIARIOS NO ESCOLARIZADOS

Apellido y Nombre: _____

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

Obra social: _____ Sexo: F / M

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 padre / madre / tutor-a: _____

Aclaración: _____

DNI: _____