

||||||||||||||||||

**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: \_\_\_\_\_