

## Solicitud del Subsidio por Hijos con Capacidades Restringidas Neurológicas Severas.

**Aprobado por Asamblea General con fecha del 19 de Mayo de 2017**

Córdoba, a los .....días del mes de .....del año .....

Sres. del Concejo Directivo.

Por medio de la presente, en mi calidad de matriculado solicito que se me otorgue el beneficio correspondiente al subsidio por Hijo con Capacidades Restringidas Neurológicas Severas.

Datos del o los Solicitantes:

M.P.:.....

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

Tel. particular:.....

Celular:.....

E-mail:.....

Dirección:.....

Datos del Beneficiario

Apellido/s:.....

Nombre/s:.....

Fecha de nacimiento:.....

N°de D.N.I.:.....

## Generalidades

a-Fotocopia certificada de la Libreta de Matrimonio o de la Partida de Nacimiento del beneficiario.

b-Fotocopia del D.N.I del beneficiario.

c-Fotocopia certificada del Certificado Único de Discapacidad, otorgado por el Ministerio de Salud de la Pcia. De Cba donde acredítela situación que cubra este subsidio. Las certificaciones de las fotocopias pueden hacerlas:Delegados, Autoridades del Concejo Directivo o por Autoridades competente para dicha certificación.

c-El colegio abonara el Subsidio los primeros día del mes siguientesde presentada la solicitud,

.....

.....

.....

FIRMA

ACLARACIÓN

D.N.I