



**República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional**  
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

**Anexo**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO II. Formulario de solicitud de ingreso

---

**ANEXO II**

**Formulario de solicitud de ingreso**

**PROGRAMA PARA EL APOYO URGENTE Y LA ASISTENCIA INTEGRAL INMEDIATA ANTE CASOS DE VIOLENCIAS EXTREMAS POR MOTIVOS DE GÉNERO**

Quien suscribe \_\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, nacido/a el \_\_\_\_(*día, mes, año*)\_\_\_\_ en \_\_\_\_(*lugar*)\_\_\_\_, en carácter de persona solicitante del apoyo económico del PROGRAMA PARA EL APOYO URGENTE Y LA ASISTENCIA INTEGRAL INMEDIATA ANTE CASOS DE VIOLENCIAS EXTREMAS POR MOTIVOS DE GÉNERO del MINISTERIO DE LAS MUJERES, GÉNEROS Y DIVERSIDAD DE LA NACIÓN (MMGyD) declaro bajo juramento que los datos consignados son verdaderos.

En mi carácter de \_\_\_\_(*vínculo*)\_\_\_\_ de \_\_\_\_(*nombre de la víctima*)\_\_\_\_, DNI \_\_\_\_\_, fallecido/a el \_\_\_\_(*día, mes, año*)\_\_\_\_ en \_\_\_\_(*lugar*)\_\_\_\_, solicito el apoyo económico previsto en el mencionado Programa.

Asimismo, manifiesto conocer la normativa del Programa, regido por la Resolución MMGyD N° 80/2020 y sus modificaciones.

Además, dejo constancia de que la documentación que se envía es copia fiel de la original, y me comprometo a mantener actualizados mis datos de contacto.

Declaro que el MINISTERIO DE LAS MUJERES, GÉNEROS Y DIVERSIDAD podrá utilizar la información brindada para fines estadísticos, de acuerdo con las disposiciones de la Ley N° 25.326 de Protección de Datos Personales y sus normas complementarias, y demás normativa vigente.

Toda documentación, dato y cualquier otra información que sea suministrada en el marco del referido PROGRAMA, implica el consentimiento expreso respecto a la utilización de la información, a los fines previstos en la Resolución MMGyD N° 80/2020 y sus modificaciones, y conforme las competencias del MINISTERIO DE LAS

MUJERES, GÉNEROS Y DIVERSIDAD.

*Por medio de la presente declaro que los datos consignados poseen carácter de Declaración Jurada.*

*El MMGyD no se responsabiliza por la veracidad de los datos aquí consignados, sino que es responsabilidad de la persona solicitante.*

Lugar y fecha:

Firma de la persona solicitante:

Aclaración:

DNI:

Teléfono:

Correo electrónico:

Firma de la persona del área local interviniente:

Aclaración:

DNI:

Teléfono:

Correo electrónico: