

ANEXO I

Formulario de Solicitud

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES



Ministerio
de Salud
República Argentina

Lugar y Fechade 20.....

Ministerio de Salud
De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar un subsidio para solventar el costo de, según prescripción médica que adjunto.

Dicha solicitud se debe a la imposibilidad de obtener los mismos a través de los organismos correspondientes.

A tal efecto constituyo domicilio en

N°..... PisoDeptoMzaLoteCasaBarrioC.P.....

Localidad/Partido/Departamento.....Provincia.....

Teléfono/s de contacto..... Email

Saluda atentamente.

Firma:

Aclaración:

Tipo y n° de documento:

Se tendrán por válidas todas las notificaciones cursadas en cualquiera de los domicilios, teléfonos y correos electrónicos denunciados.

La presente solicitud queda sujeta a la evaluación de la DIRECCION DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES conforme la normativa aplicable.

