



*Ministerio de Desarrollo Social de la Nación*

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

Buenos Aires, ..... de ..... de 20 .....

**Sr. Ministro de Desarrollo Social de la Nación**

**Lic. Daniel Arroyo**

**S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D.-**

De mi mayor consideración:

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

Esta solicitud se debe a que carezco de cobertura social, y la situación  
económica familiar no me permite cubrir lo solicitado.

Sin otro particular, saludo a Ud. Con atenta consideración.

**FIRMA .....**

**ACLARACION.....**

**DNI N° .....**

**DIRECCION: .....**

**EMAIL: .....**

**TELEFONO: .....**