

FORMULARIO DE SOLICITUD

Lugar y Fecha.....2024

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 el/ los insumo/s a través de los organismos correspondientes.

Saluda atentamente,

FIRMA

ACLARACIÓN

DNI N°

DOMICILIO.....

LOCALIDAD.....

PARTIDO

PROVINCIA

C.P.....

TELEFONOS:.....

A todo efecto en las presentes actuaciones, constituyo domicilio electrónico (e-mail) en:

Considerándose válidas y suficientes todas las notificaciones que en él se practiquen.

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