

# FORMULARIO DE SOLICITUD

Lugar y Fecha..... 20...

Ministerio de Salud de Nación

De mi mayor consideración:

Me dirijo 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 insumos/s a través de los organismos correspondientes.

Saluda Atentamente,

**FIRMA** .....

**ACLARACION**.....

**DNI N°** .....

**DOMICILIO**.....

**LOCALIDAD** ... ..

**PARTIDO**.....

**PROVINCIA**..... **CP**.....

**TELEFONOS:** .....

A todo efecto en las presentes actuaciones, constituyo domicilio electrónico (email) en:..... considerándose válidas y suficientes todas las notificaciones que en él se practique.

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



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
AÑO DE LA DEFENSA DE LA VIDA, LA LIBERTAD Y LA PROPIEDAD

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** FORMULARIO SOLICITUD

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 pagina/s.