



02



Presidencia de la Nación  
Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales  
*Comisión Nacional Asesora para la Integración de las  
Personas con Discapacidad*  
*Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención  
Integral para las Personas con Discapacidad*

**ANEXO VI**

CONSTANCIA DE INICIO DE TRÁMITE

Lugar y fecha

Por la presente se deja constancia de que ..... (Nombre de la institución) ha iniciado el expediente N° ..... del registro de ..... (Órgano competente en cada jurisdicción) a fin de su ingreso al Registro Nacional de Prestadores de Servicios de Atención a Personas con Discapacidad.

La presente constancia no implica categorización provisoria, ni otorgamiento de la categoría solicitada ni autorización para funcionar, y se emite a los solos efectos de acreditar el inicio del trámite.

.....

FIRMA MESA DE ENTRADAS

**FORMULARIO DE SOLICITUD**

**MOTIVO DE LA SOLICITUD:**

CATEGORIZACION - RECATEGORIZACION (\*) - MODIFICACION DE CUPO

(\*) EN CASO DE SOLICITAR RE-CATEGORIZACION DEBERA INDICAR:

AUTORIDAD QUE LO CATEGORIZO:

FECHA DE CATEGORIZACION:

PRESTACION CATEGORIZADA:

CATEGORIA OTORGADA:

SERVICIOS A CATEGORIZAR:

V  
NA



02



Presidencia de la Nación  
Consejo Nacional de Coordinación de Políticas Sociales  
*Comisión Nacional Asesora para la Integración de las  
Personas con Discapacidad*  
Directorio del Sistema de Prestaciones Básicas de Atención  
*Integral para las Personas con Discapacidad*

DE ATENCION - DE REHABILITACION

RAZON SOCIAL:

DOMICILIO LEGAL: CALLE - LOCALIDAD - PROVINCIA - CODIGO  
POSTAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO A CATEGORIZAR

DOMICILIO DE LA PRESTACION: CALLE - LOCALIDAD - PROVINCIA -  
CODIGO POSTAL

REPRESENTANTE LEGAL:

DIRECTOR RESPONSABLE (deberá indicarse en de cada prestación  
por separado)

Prestaciones

✓

Modalidad

FECHA - FIRMA - ACLARACION DE FIRMA

MP