

A los _____ días del mes de _____ en la ciudad de _____; se solicita, por medio de la presente, a la Junta Evaluadora informe las fechas detalladas a continuación, en relación al Certificado Único de Discapacidad, emitido para el titular de la Discapacidad:

_____ DNI N° _____ .
(Apellidos y Nombres)

Fecha de Solicitud de Turno ante la Junta Evaluadora: ____/____/____

Fecha de Emisión del Certificado Único de Discapacidad: ____/____/____

Fecha de Entrega del Certificado Único de Discapacidad: ____/____/____

Sello de la Junta Evaluadora

Firma, sello y Aclaración de Firma
(Responsable de la Junta Evaluadora)