

Formulario 002 - Programa de Discapacidad

Nota Informando Período Vacacional/Descanso

Completar todos los campos del formulario.

Lugar de Emisión

Fecha

Beneficiario

Apellido y Nombres

Número de Asociado

Número de DNI

Por medio del presente, se informa a continuación, el período de receso vacacional/descanso de:

1. Prestación

Desde el día: / /

Hasta el día: / /

En caso de fraccionar el período:

Y desde el día: / /

Hasta el día: / /

2. Prestación

Desde el día: / /

Hasta el día: / /

En caso de fraccionar el período:

Y desde el día: / /

Hasta el día: / /

3. Prestación

Desde el día: / /

Hasta el día: / /

En caso de fraccionar el período:

Y desde el día: / /

Hasta el día: / /

4. Prestación

Desde el día: / /

Hasta el día: / /

En caso de fraccionar el período:

Y desde el día: / /

Hasta el día: / /

5. Prestación

Desde el día: / /

Hasta el día: / /

En caso de fraccionar el período:

Y desde el día: / /

Hasta el día: / /

Socio / Familiar / Titular Responsable

Firma

Aclaración

Número de DNI

Vínculo