



Dirección Nacional de Sanidad
de las Fuerzas Armadas

DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS

DIVISIÓN REGISTRO DE USUARIOS

Lugar	Día	Mes	Año

SEÑOR DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF. AA.

Quien suscribe, _____

Cédula de Identidad N° _____

Ante Usted se presenta y solicita, acorde a lo dispuesto en el Decreto 449/84 Art. 3ro., inciso b, completado por O.D.N.S.FF.AA. N° 6754, la asistencia en dependencias de Sanidad Militar para su hijo/a **ESTUDIANTE**,

_____ Cédula de Identidad N° _____,
Nombre y Apellido del/la estudiante.

nacido/a el ____/____/____ y de estado civil _____.

Se asume el compromiso de realizar las comunicaciones y los trámites correspondientes inmediatamente de producirse algún cambio de situación jurídica, declarando asimismo que su hijo/a no percibe ingresos por ningún concepto.

Lo anteriormente expuesto tiene carácter de declaración jurada, asumiendo las responsabilidades legales y administrativas correspondientes.

Observación: El/la estudiante debe adjuntar constancia negativa del Banco de Previsión Social.

Saluda a Usted atentamente,

Grado

Firma

Dirección: _____

Teléfono/Celular: _____