

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR NACIMIENTO O ADOPCION



A.F.A.L.P.

Asociación de Foniatría Audiología y Logopedia Platense

Av. 39 N° 323 – La Plata (1900) - Tel/fax 0221-4259281 info@afalp.org.ar / www.afalp.org.ar

En la ciudad dea losdel mes dede 20...

A la Presidente
de la A. F. A. L. P.

El/La que suscribe.....

Socio N°..... Mat.Prov DNI..... domiciliado/a en

..... de la ciudad de

..... CP....., solicita el Subsidio por

Nacimiento/Adopción. Adjunto Certificado de Nacimiento / Copia Certificada de la
(tachar lo que no corresponda) (tachar lo que no corresponda)

Resolución de Guarda definitiva / Adopción de mi hijo/a

.....

Telef. Fijo:..... e-mail:.....

Telef. Celular:.....

.....

firma y sello

Exclusivo para uso de la Comisión Directiva:

Recibido el.....

Aprobado el.....

Acreditado en \$.....