

DELEGACIÓN _____

NRO DE EXPTE _____

_____ , ____ de _____ de 20____ -

Señor Director
Su Despacho

El que suscribe _____, Tipo y N° de documento: _____ domiciliado en: _____ de la localidad _____

Se compromete a entregar en esta oficina Certificado Único de Discapacidad (CUD), a fin de continuar con el trámite solicitado.

Sin más, lo saludo con mi más respetuosa consideración.

Firma o
Impresión dígito pulgar

Certifico que esta solicitud ha sido firmada ante mí por la persona cuyos datos precedentes son fehacientes.-

Firma y Sello
Agente Actuante