



NOTA SOLICITUD DE COBERTURA DE DOCENTE AUXILIAR INTEGRADOR

FECHA

DATOS DE AFILIADO/A TITULAR

Nombre y Apellido

Carnet N°

Domicilio

Celular/Teléfono

DATOS DE ALUMNO/A

Nombre y Apellido

Carnet N°

Diagnóstico

Escuela

DATOS DE DOCENTE AUXILIAR INTEGRADOR

Nombre y Apellido

DNI N°

Título

Periodo escolar:

El Afiliado se compromete a presentar en tiempo y forma la documentación correspondiente, de caso contrario no se podrá proseguir con el trámite.

Firma

Aclaración

Teléfono