DOCUMENTO DE BENEFICIARIO {MENOR\_DOCUMENTO}

**IMPRESCINDIBLE PARA ARCHIVAR**

{AUTO\_CIUDAD},{AUTO\_FECHA\_LARGA}

**Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica**

**Departamento de Infancia y Adolescencia**

**Cubo del Norte 3717 Montevideo.**

**Constancia para trámite de:**

**AFAM DOBLE** **☒**

**BENEFICIO FONASA** **☐ - SIN VENCIMIENTO** **☐**

Se adjunta documentación de beneficiarios:

1. **INSCRIPCION** (Ficha Medica, Escolar y Social) ☒

A.G ATRIBUTARIO/A  CEDULA DE IDENTIDAD ATRIBUTARIO/A {ATRIB\_DOCUMENTO}

APELLIDO LOIDI {ATRIB\_APELLIDO} NOMBRE {ATRIB\_NOMBRE}

A.G BENEFICIARIO/A  CEDULA DE IDENTIDAD BENEFICIARIO/A {MENOR\_DOCUMENTO}

APELLIDO {MENOR\_APELLIDO} NOMBRE {MENOR\_NOMBRE}

1. **RENOVACION** (Certificado Medico y Ficha de Inscripción) ☐

CAMBIO DE ATRIBUTARIO SI/NO

NRO DE INSCRIPCION

A.G ATRIBUTARIO/A  CEDULA DE IDENTIDAD ATRIBUTARIO/A

APELLIDO  NOMBRE

A.G BENEFICIARIO/A  CEDULA DE IDENTIDAD BENEFICIARIO/A

APELLIDO  NOMBRE

1. **DATOS DE LOCALIZACION**.

DOMICILIO {DOMICILIO}

TELEFONO DE CONTACTO {TELEFONO}

SE ADJUNTA FOTOCOPIA DE CEDULA DE IDENTIDAD ATRIBUTARIO Y BENEFICIARIO SI

OBSERVACIONES:

Vence

REMITE {AUTO\_BPS\_NOMBRE}

DIRECCION {AUTO\_BPS\_DIRECCION}

FUNCIONARIO {AUTO\_NOMBRE\_FUNC} {AUTO\_NRO\_FUNC}TEL: {AUTO\_BPS\_TEL} MAIL: {AUTO\_BPS\_EMAIL}