

Buenos Aires, _____

SEÑOR PRESIDENTE DE OSOSS

Me dirijo a Usted con el fin de solicitar la cobertura de las prestaciones _____

para mi hijo/a _____.

Adjunto la documentación solicitada según instructivo y la fotocopia del certificado de
discapacidad.

A la espera de una respuesta favorable, lo saludo atentamente.

FIRMA _____

ACLARACION _____

DNI _____

TELEFONO _____

Atención: la fecha de emisión expresada debe coincidir con la del envío digital de la
documentación.

Tiempo de evaluación: 30 días aproximadamente.