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.