Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

"2013. Año del 30 aniversario de la vuelta a la democracia."

ANEXO II

FORMULARIO DE SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

FECHA: _____ Ciudad Autónoma de Buenos Aires

APELLIDO: _____
NOMBRES: _____
DNI/CI/LC/PAS: _____

DOMICILIO: _____
NUMERO: _____ PISO: _____ DEPTO: _____
CP: _____ LOCALIDAD: _____
TELEFONO1: _____ TELÉFONO 2: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____
NACIONALIDAD: _____

EDAD: _____ SEXO: M ☐ F ☐

ESTADO CIVIL: CASADO/A ☐ SOLTERO/A ☐ VIUDO/A ☐
DIVORCIADO/A ☐ UNION DE HECHO ☐

DIAGNÓSTICO: _____
_____

_____
Firma y Aclaración del Peticionante/ Tutor / Curador / Responsable Legal