



## INFORME PREVISIONAL



A FAVOR DEL SR/A:
CUIL N°:
FECHA DE NACIMIENTO:
DOMICILIO:
LOCALIDAD:

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio

**INFORMAR por la Dirección de Asistencia al Adulto Mayor - Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Santa Cruz**

La persona antes mencionada

PERCIBE BENEFICIO: SI  NO

ESPECIFICAR TIPO DE BENEFICIO GRACIABLE:

N° de beneficio: \_\_\_\_\_

Lugar y Fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma y Sello Aclaratorio