



Ministerio de Salud
República Argentina

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES

ANEXO II Formulario de Solicitud

Lugar y fecha _____

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN

De mi mayor consideración:

Me dirijo a fin de solicitar un subsidio para solventar el costo de según prescripción médica que adjunto.

Dicha solicitud se debe a la imposibilidad de obtener el/los insumo/s a través de los organismos correspondientes.

A todo efecto relacionado con la presente solicitud, constituyo domicilio electrónico en el correo electrónico (email) consignado en la presente, aceptando como válidas y suficientes todas las notificaciones que en él se practiquen.

Acepto que la presente solicitud queda sujeta a la evaluación de la Dirección de Asistencia Directa por Situaciones Especiales (DADSE) y de la Dirección Nacional de Asistencia Directa Compensatoria (DNADC), conforme la normativa aplicable a la fecha de la presente solicitud

Saluda Atentamente,

Firma:

Aclaración:

Documento de identidad:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono: Celular:

Correo electrónico: