

ANEXO I - Nota de Remisión

Complete Localidad: _____

El (los) que suscribe(n) (Complete Nombre y Apellidos completos)
_____ en mi (nuestro) carácter de (En caso de las
Entidades Jurídicas, detalle el cargo o función que desempeña)
_____, de (Complete Nombre
o Razón Social del Organismo o Institución)

_____ con domicilio en la calle
_____ N° _____ de la Localidad _____

Provincia de _____, manifestamos que hemos
utilizado los fondos otorgados por el Consejo de Articulación de
Programas para Personas con Discapacidad, conforme el detalle que se
expone seguidamente:

Ingrese suma otorgada (en pesos argentinos): \$ _____

Ingrese Inversión documentada (en pesos argentinos): \$ _____

Ingrese Saldo a invertir (en pesos argentinos): \$ _____

Firma

Aclaración

**Importante: Debe imprimir y completar el presente Anexo y enviarlo de
manera digitalizada según corresponda.**