

## 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.**

