

# ANEXO I

## Formulario de Solicitud

DIRECCIÓN DE ASISTENCIA DIRECTA POR SITUACIONES ESPECIALES



Ministerio  
de Salud  
República Argentina

Lugar y Fecha .....de 20.....

Ministerio de Salud  
De mi mayor consideración:

Me dirijo a Ud. 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 los mismos a través de los organismos  
correspondientes.

A tal efecto constituyo domicilio en .....

Nº..... Piso .....Depto .....Mza .....Lote .....Casa .....Barrio .....C.P.....

Localidad/Partido/Departamento.....Provincia.....

Teléfono/s de contacto..... Email .....

Saluda atentamente.

**Firma:** .....

**Aclaración:** .....

**Tipo y nº de documento:** .....

Se tendrán por válidas todas las notificaciones cursadas en cualquiera de los domicilios, teléfonos y  
correos electrónicos denunciados.

La presente solicitud queda sujeta a la evaluación de la DIRECCION DE ASISTENCIA DIRECTA POR  
SITUACIONES ESPECIALES conforme la normativa aplicable.

