LOGO DE LA ORGANIZACIÓN

Lugar, xxx de xxxxx de 2024

Ministerio de Capital Humano

Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia.

Lic. Yanina Elizabeth Nano Lembo

S/D.-

De mi consideración:

…………………………. en mi/nuestro carácter de ………………. de XXXXXXXXXXXXXXXX [Nombre de la organización/fundación/institución religiosa] tenemos el agrado de dirigirnos a Ud. a fin de solicitar la incorporación al **“Programa Alimentar Comunidad”**, establecido mediante Resolución 230/2023, para el comedor / merendero XXXXXXXXXXXXXXXX [Nombre del comedor/merendero].

Origina la presente petición en la necesidad de contar con el apoyo gubernamental a fin de poder brindar el servicio de almuerzo/cena/desayuno/merienda [elegir la prestación que brindan] de forma oportuna y adecuada y asistencia a la organización, que permita atender la necesidad de los asistentes.

Declaro bajo juramento que se cuenta con la documentación relativa al RENACOM y que no se perciben otros subsidios nacionales por el mismo concepto y por igual fin que el establecido en la Resolución 230/2023.

A estos efectos hace saber los siguientes datos del COMEDOR/MERENDERO:

**DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**

TIPO DE ESTABLECIMIENTO: (COMEDOR/MERENDERO)

NOMBRE:

DOMICILIO:

ENTRE CALLES:

LOCALIDAD:

DEPARTAMENTO/PARTIDO:

PROVINCIA:

**DATOS DEL RESPONSABLE:**

NOMBRE:

DNI: CUIL/CUIT:

DOMICILIO:

TELÉFONO: MAIL:

**DATOS DEL RESPONSABLE DE OPERAR CON LA TARJETA**

NOMBRE:

DNI:

FECHA DE NAC.: CUIL/CUIT:

DOMICILIO:

TELÉFONO: MAIL:

Asimismo, se describe el día, hora, tipo de prestación y cantidad de personas a las que se le brinda asistencia alimentaria en el mencionado Comedor y/o Merendero de manera semanal.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Cantidad de personas asistentes** | | | | | | | |
| **Prestación** | **Lunes** | **Martes** | **Miércoles** | **Jueves** | **Viernes** | **Sábado** | **Domingo** |
| **Desayuno** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Almuerzo** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Merienda** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Cena** |  |  |  |  |  |  |  |

Se solicita el complemento alimentario a fin de poder brindar el servicio de almuerzo/cena/desayuno/merienda de forma oportuna y adecuada.

En carácter de declaración jurada y asumiendo toda la responsabilidad que corresponda por cualquier falsedad, omisión u ocultamiento que se verificare, se hace saber que la documentación que se anexa es veraz y exacta y subsiste al tiempo de efectuarse esta presentación.

Saludo a Ud. atentamente.

FIRMAS