



**DIRECCIÓN NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS**  
**DIVISIÓN REGISTRO DE USUARIOS**

Montevideo \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_

**SEÑOR DIRECTOR NACIONAL DE SANIDAD DE LAS FF. AA.**

Quien suscribe, \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, usuario titular del derecho de asistencia, ante Usted se presenta y solicita, acorde a lo dispuesto en el Decreto 449/84, la asistencia en dependencias de la D.N.S.F.F.A.A. para su:

<b>Madre</b>	<b>Padre</b>	<b>Hijo incapaz</b>	<b>Menor a cargo</b>
--------------	--------------	---------------------	----------------------

(marcar con un círculo lo que corresponda)

Nombre: \_\_\_\_\_

Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_.

Adjunto la siguiente documentación: (Marque con una X lo que corresponda)

Fotocopia de C.I. del Titular		Fotocopia C.I. del Dependiente	
Fotocopia del recibo de sueldo		Fotocopia del recibo de cobro del Dependiente	
Partida de Matrimonio del Titular		Negativo del B.P.S. del Dependiente	
Partida de nacimiento del Titular		Partida de nacimiento del Dependiente	
Otros:		Certificado por Escribano Público donde conste que está a cargo e integra el mismo núcleo familiar del titular (padre y/o madre)	

Saluda a Usted atentamente

\_\_\_\_\_

Dirección:

Teléfono: