



**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 Nº \_\_\_\_\_

Ante Usted se presenta y solicita, acorde a lo dispuesto en el Decreto 449/84 Art. 3ro., inciso b, completado por O.D.N.S.FF.AA. Nº 6754, la asistencia en dependencias de Sanidad Militar para su **HIJO ESTUDIANTE**, \_\_\_\_\_ Cédula de Identidad Nº \_\_\_\_\_ nacido el \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ y de estado civil \_\_\_\_\_.

Se asume el compromiso de realizar las comunicaciones y los trámites correspondientes inmediatamente de producirse algún cambio de situación jurídica, declarando asimismo que su hijo/a no percibe ingresos mayores a 15 U.R. (unidades reajustables).

Lo anteriormente expuesto tiene carácter de declaración jurada, asumiendo las responsabilidades legales y administrativas correspondientes.

Observación: En caso de que el usuario perciba ingresos, debe adjuntar el recibo correspondiente.

Saluda a Usted atentamente,

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dirección:

Teléfono: