

## REINTEGRO DE GASTOS ASISTENCIALES

**BENEFICIARIO N°:**.....

### DATOS DE L BENEFICIARIO TITULAR

Nombre y apellido:.....

Domicilio:.....

Documento de identidad N°:.....CI LE LC:.....

Lugar de trabajo:.....

Funciones:.....

Antigüedad:.....

Empleador:.....

Domicilio del empleador:.....

### DATOS DEL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR A QUIEN SE PRESTO EL SERVICIO.

Nombre y apellido:.....

Documento de identidad N°:.....

Vinculo:.....

Documento que lo acredita:.....

**DELEGACION:**..... Fecha:..... del 20.....

**Documentación que se adjunta:**

**OBSERVACIONES:**

\_\_\_\_\_  
Firma y sello.