Caja de Servicios Sociales
PROVINCIA DE SANTA CRUZ

NOTA DE SOLICITUD DE REINTEGRO

Fecha: / / **EXP N°**_____

A la
Dirección Gral. Operativa
Caja de Servicios Sociales
Su Despacho:

Tengo el agrado de dirigirme a ud. a los efectos de solicitarle que me haga efectivo el reintegro en concepto de _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

A tal fin, adjunto a la presente, la documentación requerida.

Sin otro particular, saludo a usted muy atentamente.

_____

Firma y aclaración

Nombre y apellido: _____

N° de documento: _____

Domicilio: _____

Teléfono: _____

Email: _____