



APOYO A ARTISTAS CON DISCAPACIDAD

Anexo II (Negativa del municipio)

Lugar y fecha:

Sra. Presidente del Comité Coordinador
de Programas para Personas con Discapacidad

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. A los efectos de comunicarle que este Municipio no cuenta con los fondos necesarios para dar respuesta a la solicitud realizada por el Sr./ra.....
(Consignar el nombre, apellido y DNI del solicitante)..... Considerando que este Municipio no posee presupuesto destinado al financiamiento de.....(Consignar claramente lo que pide la persona).....

En este sentido solicitamos a Ud. tenga a bien viabilizar el subsidio correspondiente.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, la saluda muy atte.

Firma de la autoridad competente del municipio

Comisión Nacional Asesora para la Integración de Personas con Discapacidad

Av. Pres. Julio A. Roca 782- Piso 4
(C1067ABP) – C.A.B.A.
0800-333-2662
consulta_programa@conadis.gob.ar

