



## ADISFFAAP

Solicito: **APOYO SOCIAL**

**SEÑOR: PRESIDENTE DE LA ASOCIACIÓN DE DISCAPACITADOS DE LAS FUERZAS ARMADAS DEL PERÚ – ADISFFAAP**

Atención: **Director de Asistencia Social**

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con C.I.P. N° \_\_\_\_\_ y D.N.I. N° \_\_\_\_\_, perteneciente a \_\_\_\_\_, domiciliado en \_\_\_\_\_, teléfono N° \_\_\_\_\_, correo: \_\_\_\_\_ y N° de cuenta: \_\_\_\_\_, asociado de la ADISFFAAP, ante Ud., con el debido respeto me dirijo y expongo:

Que, habiendo asistido al Hospital \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_.

**POR LO EXPUESTO:**

Solicito acceder a mi solicitud por ser de justicia.

Callao, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

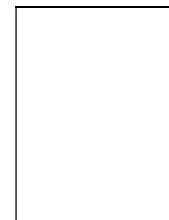
POST FIRMA: \_\_\_\_\_

C.I.P.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_

**Documentos adjuntos:**

- Fotocopias CIP/DNI.
- Boleta de pago actual.
- Receta médica original.
- Factura de compra de medicamentos.



HUELLA DIGITAL



**ADISFFAAP**

**RECIBO**

Recibí del Director de Economía la cantidad de S/. \_\_\_\_\_ Soles por concepto de **APOYO SOCIAL**.

- Compra de medicinas.
- Compra de anteojos.
- Reparación de sillas de ruedas.
- Prótesis.
- Otros

Callao, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_

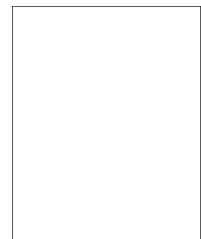
**RECIBÍ CONFORME**

FIRMA: \_\_\_\_\_

POST FIRMA: \_\_\_\_\_

C.I.P.: \_\_\_\_\_

D.N.I.: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL



## ADISFFAAP

### DECLARACIÓN JURADA

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con

C.I.P.: \_\_\_\_\_ y D.N.I.: \_\_\_\_\_ **DECLARO BAJO**

**JURAMENTO** que:

- La Factura  N° \_\_\_\_\_ y R.U.C.: \_\_\_\_\_
- El R/Honorarios  N° \_\_\_\_\_ y R.U.C.: \_\_\_\_\_
- La Boleta  N° \_\_\_\_\_ y R.U.C.: \_\_\_\_\_

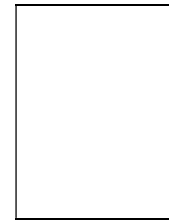
**ES VERDADERO.**

Asimismo asumo toda la responsabilidad en caso de que los datos consignados en el presente documento no sean reales.

Callao, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_

POST FIRMA: \_\_\_\_\_



HUELLA DIGITAL