

BOCHAS
PARÁLISIS CEREBRAL

MUNICIPIO

REGIÓN

SEXO

MASCULINO / FEMENINO

N°	APELLIDO Y NOMBRES	Edad	FECHA NAC.			N° DOCUMENTO	DOMICILIO / LOCALIDAD	CATEGORÍA
			DÍA	MES	AÑO			
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

	DOCUMENTO	DIRECCIÓN	
	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
PROFESOR RESPONSABLE - APELLIDO Y NOMBRES	TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA

Por la mera circunstancia de suscribir la presente Lista de Buena Fe, el aspirante se obliga a respetar en todos sus términos y extensión el Reglamento General, que declara bajo juramento conocer y aceptar. Asimismo reconoce a título confesional como único organismo facultado para su aplicación al Tribunal de Disciplina allí establecido, o el órgano que en futuro pudiera reemplazarlo, consintiendo expresamente lo establecido por el Artículo 28 del Reglamento, en lo concerniente a la irrecorribilidad de sus decisiones.

NOMBRE INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTA

TELÉFONO

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN

MUNICIPIO

FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL

ACLARACIÓN

SELLO MUNICIPAL

Nota: La presente planilla debe ser confeccionada a máquina o con letra tipo imprenta, consignándose la totalidad de los datos solicitados.