

STRO. N°

Fecha:...../...../.....

FORMULARIO REINTEGRO DE GASTOS - SEGURO ESCOLAR

Datos del Alumno:

Apellido y Nombre: _____ DNI. Nro.: _____

Datos del Establecimiento Educativo:

Denominación: _____

Domicilio: _____ Loc.: _____ T.E.: _____

Destinatario del Reintegro:

Apellido y Nombre: _____ DNI. Nro.: _____

Domicilio: _____ Loc.: _____ T.E.: _____

N°	Detalle de Comprobantes	Importe
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
	Total a reintegrar en Letras:	Total:
		\$

Fecha y Sello de la Autoridad de Establecimiento Educativo.

Nota: Se deberá adjuntar originales de comprobantes de gastos y completar los datos del destinatario del reintegro.-