



Formosa, ..... de ..... de .....

Señor  
INTERVENTOR DEL I.A.S.E.P.  
SU DESPACHO

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., con el objeto de solicitarle quiera tener a bien y por la vía que corresponda se AUTORICE LA COBERTURA DEL 100% en medicamentos, autorizaciones varias, internaciones, y todo lo que corresponda como discapacitado (Resol. 4096/07) como .....

Adjunto a la presente:

- Fotocopia del último recibo de haberes
- Fotocopia del D.N.I.
- Historia Clínica
- Certificado de discapacidad
- Otros

Sin otro particular y a la espera de una resolución favorable le saludo a Ud. atentamente.

Firma .....

Aclaración .....

Afiliado N° .....

Repartición.....

Domicilio .....