

DELEGACIÓN \_\_\_\_\_

NRO DE EXPTE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_ -

**Señor Director**  
**Su Despacho**

El que suscribe \_\_\_\_\_, Tipo y N° de documento: \_\_\_\_\_ domiciliado en: \_\_\_\_\_ de la localidad \_\_\_\_\_

Se compromete a entregar en esta oficina Certificado Único de Discapacidad (CUD), a fin de continuar con el trámite solicitado.

Sin más, lo saludo con mi más respetuosa consideración.

Firma o  
Impresión dígito pulgar

Certifico que esta solicitud ha sido firmada ante mí por la persona cuyos datos precedentes son fehacientes.-

Firma y Sello  
Agente Actuante