



San Fernando del Valle de Catamarca, ____ de _____ de 202__

SEÑOR
DIRECTOR DE OSEP
SU DESPACHO:

Me dirijo a Ud, con el fin de solicitar el pago por los servicios de MAE brindados al alumno/
a _____, hijo/a del afiliado/a
titular _____, por el periodo _____ 202__, según
resolución n° ____/____ del expediente n° ____/_____.

Se adjunta a la presente los requisitos exigidos para el trámite solicitado.

Saludo a Ud. muy atentamente.

Firma MAE

Aclaración

DNI:

Teléfono: _____

Email: _____