

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		
	<b>Total a reintegrar en Letras:</b>	<b>Total:</b>
		\$

\_\_\_\_\_  
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.-