



SISTEMA DE CUIDADOS

**FORMULARIO PARA HABILITACIÓN DE CONTRATACIÓN DE
ASISTENTE PERSONAL NO REGISTRADO ANTE EL BANCO DE
PREVISIÓN SOCIAL**

.....,de.....de.....

El Sr/a..... , Documento de Identidad N° , con domicilio en la calle de la localidad....., del departamento..... Teléfono.....Correo Electrónico.....en calidad de usuario del servicio de Asistentes Personales que funciona en la órbita de la Secretaría Nacional de Cuidados e integra el Programa de Cuidados en Domicilio del Sistema Nacional Integrado de Cuidados, tal cual lo previsto por el Decreto 117/016 de 25 de abril de 2016.

Representado en este acto por el Sr/a....., C.I..... , acreditada a través de documento que se exhibe y del cual se adjunta copia.

Me presento ante la Secretaria Nacional De Cuidados para solicitar se sirva analizar la situación que a continuación **EXPONGO:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Que acredito con la documentación que **ADJUNTO**

- ANEXO 1.....**
- ANEXO 2.....**
- ANEXO 3.....**
- ANEXO 4.....**

Por lo expuesto, **SOLICITO** a la Secretaria Nacional De Cuidados, se sirva considerar la situación expuesta y en efecto, resuelva habilitar a este beneficiario a la contratación en el marco del SNIC del Sr./a.....**para desempeñarse en calidad de Asistente Personal....., Documento de Identidad N°.....con domicilio en la calle..... de la localidad.....del departamento..... Teléfono.Correo Electrónico.....**

**FIRMA DEL USUARIO/
O REPRESENTANTE DE USUARIO**

FIRMA DEL FUNCIONARIO RECEPTOR Y SELLO DEL MIDES (o en su defecto que luzca la descripción “Por Ministerio de Desarrollo Social”)

(se debe hacer una copia del formulario completo firmado y sellado y entregársela al usuario en calidad de constancia de recepción)