BUENOS AIRES PROVINCIA | BA

BOCCIA

DISCAPACIDAD PC

MUNICIPIO | **REGIÓN** | **MODALIDAD** LIBRE

NIVEL 1 | 2 | **SEXO** MIXTO

N°	APELLIDO Y NOMBRES	Edad	FECHA NAC. DÍA	MES	AÑO	N° DOCUMENTO	DOMICILIO / LOCALIDAD	CLASE
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								

PROFESOR RESPONSABLE - APELLIDO Y NOMBRES	DOCUMENTO / TELÉFONO	DIRECCIÓN / CORREO ELECTRÓNICO	FIRMA

Por la mera circunstancia de suscribir la presente Lista de Buena Fe, el aspirante se obliga a respetar en todos sus términos y extensión el Reglamento General, que declara bajo juramento conocer y aceptar.
Asimismo reconoce a titulo confesional como único organismo facultado para su aplicación al Tribunal de Disciplina allí establecido, o el órgano que en futuro pudiera reemplazarlo, consintiendo expresamente lo establecido por el Artículo 28 del Reglamento, en lo concerniente a la irrecurribilidad de sus decisiones.

NOMBRE INSTITUCIÓN A LA QUE REPRESENTA | MUNICIPIO | FIRMA DIRECTOR INSTITUCIÓN | FIRMA RESPONSABLE MUNICIPAL

DOMICILIO DE LA INSTITUCIÓN | TELÉFONO | ACLARACIÓN | SELLO INSTITUCIÓN | ACLARACIÓN | SELLO MUNICIPAL

Nota: La presente planilla debe ser confeccionada a máquina o con letra tipo imprenta, consignándose la totalidad de los datos solicitados, que se consideran como DECLARACION JURADA.
EN CASO DE INSTITUCIONES EDUCATIVAS, LA FIRMA DEL DIRECTOR CERTIFICA LA CONDICION DE ALUMNO REGULAR DE LA MISMA, DE CADA UNO DE LOS PARTICIPANTES.