Fecha: …...…. /……..../…………..…

Quien suscribe \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, DNI número\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, estudiante de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata de la carrera \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, declara que es madre, padre o tiene personas a cargo y que los datos consignados en la presente son fidedignos.

---------------------------------------------

Firma y aclaración