



SOLICITUD DE APOYO DE APARATO AUDITIVO

Ciudad Hidalgo, Michoacán. A _____ de _____

LIC. OSCAR CELIS SILVA
DIRECTOR GENERAL
DEL SISTEMA DIF MICHOACAN
PRESENTE

Por medio de la presente solicito de la manera más atenta el apoyo de: Salud de rueda
Ya que no cuento con recursos económicos y requiero el uso de este tipo de apoyo con la finalidad de mejorar mi calidad de vida.

Nombre del Beneficiario: Juan Manuel Silvano Alcala

Domicilio: Col. Loma Linda

Número de Teléfono 786 140 7500

ATENTAMENTE

C. 

NOMBRE Y FIRMA DEL SOLICITANTE

