

SAN NICOLÁS, \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE 20 \_\_\_\_\_

**SR. PRESIDENTE DE AGUAS DE SAN NICOLÁS**

**S** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **D**

EL QUE SUSCRIBE \_\_\_\_\_ **DNI** \_\_\_\_\_

**NACIONALIDAD** \_\_\_\_\_ **NACIDO EN** \_\_\_\_\_

EL \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ SOLICITA AL SR. PRESIDENTE DEL ENTE, SE LO SOMETA A EXAMEN A FIN DE OBTENER LA  
MATRÍCULA DE SANITARISTA OTORGADA POR EL ENTE DE AGUAS DE SAN NICOLÁS

<b>POSTULANTE</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>ACLARACIÓN</b>	
<b>DOMICILIO</b>	
<b>TELÉFONO</b>	
<b>EMAIL</b>	