



Ministerio de
SALUD
Gobierno de Entre Ríos

NOMBRE	
DNI	
DOMICILIO	
FECHA*	

MEDIANTE LA PRESENTE SE NOTIFICA A LA UNIDAD MINISTERIAL DE PROGRAMAS Y POLÍTICAS DE SALUD PARA PERSONAS MAYORES - MINISTERIO DE SALUD- DE LA SITUACIÓN OBSERVADA EN LA RESIDENCIA GERIÁTRICA QUE A CONTINUACIÓN SE DETALLA

INSTITUCION*	
DOMICILIO*	Calle.....nº..... Localiada.....

*Datos obligatorios

