**SOLICITUD DE APORTE REINTEGRABLE**

1. **Nombre y apellido del solicitante (persona humana):**

DNI N°:

1. **Denominación o Razón Social (personas jurídicas, sociedades de hecho y sucesiones indivisas):**

CUIT N°:

Nombre y apellido del representante legal o apoderado:

 (Completar según corresponda)

**PRESUPUESTO ESTIMADO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COMPONENTE FINANCIABLE** | **CANTIDAD** | **PRECIO UNITARIO** | **PRECIO TOTAL** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**IMPORTE TOTAL SOLICITADO:**

**Plan de devolución, según corresponda al tipo de AR:**

…….. cuota/s anual/es de $.................. con DOS (2) años de gracia a contar a partir de la fecha de la Disposición que aprueba la solicitud del beneficio.

Prefinanciación comercial: UNA (1) cuota de $....... cancelable a los DOCE (12) meses de la fecha de la Disposición que aprueba la solicitud del beneficio.

Firma y aclaración del solicitante, del representante legal o apoderado, según corresponda

CERTIFICACIÓN. Certifico que la firma que antecede fue efectuada en mi presencia.