



Fecha de Ingreso	Solicitud N°

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

INICIAL

PRÓRROGA

M.P.N°

..... de de 20

El/ la que suscribe Lic.

Fecha de nacimiento/...../..... Regional..... D.N.I. N°

Domicilio donde permanecerá durante la inactividad.....

N°..... Barrio Tel.....

Declaro que los datos que anteceden son correctos y a la vez conocer la reglamentación vigente sobre el subsidio solicitado.

Fecha:/..../....

.....
FIRMA Y SELLO DEL/LA BENEFICIARIO/A

Para agilizar el proceso de transferencia les solicitamos completar los siguientes datos de manera clara y precisa

CBU.....

Banco..... CUIT

REQUISITOS: deberá comunicar el subsidio dentro de los 15 días corridos del comienzo del mismo a la Regional respectiva.

Adjuntar a esta solicitud los estudios complementarios.

EXAMEN Y JUNTAS MEDICAS: Esta solicitud implica la aceptación explícita del Reglamento y de las normas que se establezcan, así como el someterse a los exámenes médicos, juntas médicas, etc. Que se disponga por la Honorable Junta Ejecutiva del Colegio Profesional y/o los profesionales que ella designe. La negativa a someterse a estos requisitos implica la separación automática del beneficiario y la pérdida de los beneficios del sistema.

CAUSA DE CESE DEL BENEFICIO: El hecho de reintegrarse a cargos públicos o privados de atender sus intereses profesionales o extraprofesionales, se interpretará como indicador de la finalización de la causal que originó el subsidio y por lo tanto provocará automáticamente el cese de dicho subsidio.

PRÓRROGAS: En caso de prolongarse el término de recuperación estimado, deberá denunciarse tal situación cumplimentando nuevamente la solicitud de subsidio.

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN SON EXACTOS Y HAN SIDO CONSTATADOS SEGÚN DOCUMENTACIÓN OBRANTE EN PODER DE ESTA REGIONAL.

Conste que el/la M.P.N°

presentó en la Regional la solicitud de subsidio por incapacidad transitoria.

Fecha/..../....

.....
FIRMA Y SELLO DEL PRESIDENTE REGIONAL



Fecha de Ingreso	Solicitud N°

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

***RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA.**

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

TOTAL DÍAS SOLICITADOS
DESDE EL .../.../.... HASTA .../.../....

CERTIFICO QUE EL/LA

PADECE DE

INFORME MÉDICO.....

.....

.....

TRATAMIENTO INDICADO

.....

Fecha .../.../....

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

INFORME DE AUDITORIA

AUDITORIA MÉDICA DEL COLEGIO PROFESIONAL

Informe

.....

.....

.....
FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR

LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO	
Cantidad de días aprobados:	
Periodo	
Desde:	Hasta:
Valor en pesos:	Total:
TOTAL A ABONAR:	

Observaciones

.....

.....

.....

.....
AUTORIZACIÓN DE PAGO