

**SUBSIDIO POR HIJO DISCAPACITADO**

**Solicitud**

..... de.....de .....

Sr. Presidente de la Caja de  
Previsión y Seguro Médico  
de la Provincia de Buenos Aires

El Dr./a.....  
(Nombres y apellidos completos)

L.C.- L.E. – D.N.I. ....C.U.I.T./C.U.I.L. ....

Matrícula N°....., con domicilio real en la localidad de .....,  
calle..... N°..... Piso....., Dto....., Teléfono .....

se dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar el Subsidio por Hijo Discapacitado, de  
conformidad con las disposiciones de las Reglamentación correspondiente, por mi hijo /a  
....., nacido el ..... D.N.I. N°.....,  
quien padece.....

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la  
documentación y formalidades, que debo presentar para la viabilidad de la solicitud.

Datos personales del padre/madre del discapacitado: Nombre y apellido,  
.....DNI.....Profesión .....

En caso de ser médico indicar número de matrícula provincial.....

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo  
domicilio especial en calle.....n° .....piso-----depto.....de la  
localidad de .....donde se tendrán por válidas la totalidad de las  
notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

.....

Firma