

**SUBSIDIO POR HIJO DISCAPACITADO**

**Solicitud para médicos afiliados en actividad**

..... 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 Nº....., con domicilio real en la localidad de .....,  
calle..... Nº..... Piso....., Dto....., Teléfono .....

se dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar el **Subsidio por Hijo Discapacitado**, de conformidad con las disposiciones de la Reglamentación vigente, por mi hijo /a ..... nacido el ..... D.N.I. Nº....., 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 / ocupación .....

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

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en calle.....nº .....piso.....depto.....de la localidad de .....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

.....

Firma

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia por el/la :  Sr/a.....  DNI Nº.....  ..... <p style="text-align: center;">Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente</p>
---