

SUBSIDIO POR HIJO CON DISCAPACIDAD

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

se dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar el **Subsidio por Hijo con Discapacidad**, de conformidad con las disposiciones de la Reglamentación vigente, 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 hijo con discapacidad: 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.....n°Piso.....Depto.....de la localidad de CP.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Dirección de correo electrónico:

.....

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia por el/la :

Sr/a.....

DNI N°.....

.....

Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente

Firma