

SUBSIDIO POR HIJO CON DISCAPACIDAD

Solicitud para médicas/os jubiladas/os

Sr. Presidente de.....de
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°....., beneficiario de jubilación.....con domicilio real en
la localidad de CP....., calle..... N°..... Piso.....
Depto....., Teléfonose dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar el **Subsidio por Hijo
con Discapacidad**, de conformidad con las disposiciones de las Reglamentación vigente, por mi
hijo/anacido el, DNI 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 deCP.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las
notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Dirección de correo electrónico:

.....

Firma

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi
presencia por el/la :
Sr/a.....
DNI N°.....
.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente