

SUBSIDIO POR HIJO CON DISCAPACIDAD

Solicitud para madre / padre / representante legal / tutor o curador

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

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

El Sr./a.....
(Nombres y Apellidos completos)

L.C./L.E./D.N.I C.U.I.T./C.U.I.L.....con domicilio real en la localidad de
CP.....calle.....nº.....Piso.....Depto.....Teléfono..... carácter
de madre/ padre/ representante legal/ tutor/ curador (tachar lo que no corresponda)
de.....nacido el.....D.N.I.nº.....hijo/a
del Dr./a.....Mat.....quien
padece.....,se dirige al Sr. Presidente a fin de
solicitar el **Subsidio por Hijo con Discapacidad**, de conformidad con las disposiciones de la
Reglamentación vigente.

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

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo
domicilio especial en calle.....nºPiso.....Depto.....de la
localidad deC.Pdonde 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 Nº.....
.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente