

SUBSIDIO POR HIJO CON DISCAPACIDAD

Solicitud para pensionadas/os

..... 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.

beneficiario de Pensión por el fallecimiento del Dr./a.....Mat.
nº....., con domicilio real en la localidad deCP.....,
calle..... Nº..... Piso....., Depto....., Teléfonose

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 DNI Nº
quien padece

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 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 Nº.....

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente

FP009/5 Rev. 005