



## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA

### DATOS DEL AFILIADO

APELLIDOS Y NOMBRES:			
LC/LE/DNI/CI	AFILIADO N°	JUBILADO	PENSIONADO
DOMICILIO REAL:		LOCALIDAD:	PROVINCIA:
TEL. DOMICILIO REAL:			
DOMICILIO LEGAL:		LOCALIDAD:	PROVINCIA:
TEL. DOMICILIO LEGAL:		CELULAR:	

LUGAR Y FECHA:
FIRMA:
ACLARACIÓN:

**NO SE DARÁ TRÁMITE A NINGUNA SOLICITUD QUE INGRESE SIN LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA EN EL ANEXO I**

## ANEXO I

### Documentación a acompañar a la solicitud de subsidio:

- Certificado médico con la firma del profesional certificado por el Colegio de Médicos, fotocopia autenticada del DNI del Afiliado y copias de los exámenes médicos que acrediten la patología.