



Fecha de Ingreso	Solicitud N°

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

INICIAL

PRÓRROGA

M.P.N°

..... de ..... de 20 .....

El/ la que suscribe Lic. ....

Fecha de nacimiento ...../...../..... Regional..... D.N.I. N° .....

Domicilio donde permanecerá durante la inactividad.....

N°..... Barrio ..... Tel.....

Declaro que los datos que anteceden son correctos y a la vez conocer la reglamentación vigente sobre el subsidio solicitado.

Fecha: ..../..../....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL/LA BENEFICIARIO/A

### Para agilizar el proceso de transferencia les solicitamos completar los siguientes datos de manera clara y precisa

CBU.....

Banco..... CUIT .....

**REQUISITOS:** deberá comunicar el subsidio dentro de los 15 días corridos del comienzo del mismo a la Regional respectiva.

Adjuntar a esta solicitud los estudios complementarios.

**EXAMEN Y JUNTAS MEDICAS:** Esta solicitud implica la aceptación explícita del Reglamento y de las normas que se establezcan, así como el someterse a los exámenes médicos, juntas médicas, etc. Que se disponga por la Honorable Junta Ejecutiva del Colegio Profesional y/o los profesionales que ella designe. La negativa a someterse a estos requisitos implica la separación automática del beneficiario y la pérdida de los beneficios del sistema.

**CAUSA DE CESE DEL BENEFICIO:** El hecho de reintegrarse a cargos públicos o privados de atender sus intereses profesionales o extraprofesionales, se interpretará como indicador de la finalización de la causal que originó el subsidio y por lo tanto provocará automáticamente el cese de dicho subsidio.

**PRÓRROGAS:** En caso de prolongarse el término de recuperación estimado, deberá denunciarse tal situación cumplimentando nuevamente la solicitud de subsidio.

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN SON EXACTOS Y HAN SIDO CONSTATADOS SEGÚN DOCUMENTACIÓN OBRANTE EN PODER DE ESTA REGIONAL.

Conste que el/la ..... M.P.N° .....

presentó en la Regional ..... la solicitud de subsidio por incapacidad transitoria.

Fecha ..../..../....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL PRESIDENTE REGIONAL



Fecha de Ingreso	Solicitud N°

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

**\*RELLENAR CON LETRA DE IMPRENTA MAYUSCULA.**

**INFORME DEL MÉDICO TRATANTE**

TOTAL DÍAS SOLICITADOS  
DESDE EL .../.../.... HASTA .../.../....

CERTIFICO QUE EL/LA .....

PADECE DE .....

INFORME MÉDICO.....

.....

.....

TRATAMIENTO INDICADO .....

.....

Fecha .../.../....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

**INFORME DE AUDITORIA**

AUDITORIA MÉDICA DEL COLEGIO PROFESIONAL

Informe .....

.....

.....

.....  
FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR

<b>LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO</b>	
Cantidad de días aprobados:	
<b>Periodo</b>	
Desde:	Hasta:
Valor en pesos:	Total:
<b>TOTAL A ABONAR:</b>	

Observaciones .....

.....

.....

.....

.....  
AUTORIZACIÓN DE PAGO