

FECHA DE INGRESO

SOLICITUD N°

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

Colegio Profesional de  
Kinesiólogos y Fsptas.  
de la Prov. de Córdoba

## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

INICIAL:  PRORROGA:  N° M.P. 

Fecha: \_\_\_\_\_

El/ la que suscribe, Licenciando/a \_\_\_\_\_

Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_ DNI: \_\_\_\_\_ Pertenece a la Regional : \_\_\_\_\_

Con domicilio donde pertenecerá 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 de la Beneficiaria**Para agilizar el proceso de transferencia le 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:**

Ésta solicitud implica la aceptación explícita del Reglamento y de la Normas que se establezcan, así como el someterse a los exámenes médicos, juntas médicas, etc. Que se dispongan 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 DEL 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 la recuperación estimado, deberá denunciarse tal situación cumplimentando nuevamente la solicitud del subsidio.

**CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN SON EXÁCTOS 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)



Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba

# SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

\*RELLENAR CON LETRA IMPRENTA MAYÚSCULA

## INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

TOTAL DE DÍAS SOLICITADOS

DESDE \_\_\_\_\_ HASTA \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE EL/LA: \_\_\_\_\_

PADECE DE: \_\_\_\_\_

INFORME MEDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO INDICADO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Fecha:     /     /     .

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE

## INFORME DE AUDITORIA

### AUDITORIA MEDICA DEL COLEGIO PROFESIONAL

INFORME MEDICO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

## LIQUIDACION DEL SUBSIDIO

Cantidad de días aprobados: \_\_\_\_\_

Periodo: DESDE \_\_\_\_\_ HASTA: \_\_\_\_\_

Valor en pesos: \_\_\_\_\_ Total: \_\_\_\_\_

**TOTAL A ABONAR:**

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
AUTORIZACIÓN DE PAGO