



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD DE EJERCER LA PROFESIÓN

(Por favor Leer Reglamento de Subsidio)

San Juan, _____

El/La que suscribe: _____

DNI: _____ Matricula Profesional Nº: _____

Se dirige a la Comisión Directiva del Colegio Fisiokinésico De San Juan a los fines de solicitar que se me conceda el SUBSIDIO POR INCAPACIDAD DE EJERCER LA PROFESIÓN que otorga el Colegio Fisiokinésico de San Juan conforme el Reglamento que rige a los profesionales que representa.

A partir de la fecha: _____

Por el periodo desde: _____ hasta: _____

(Cabe aclarar que el periodo mínimo para el otorgamiento de subsidio por incapacidad deberá ser mayor a 30 días)

A los efectos de dar cumplimiento a lo establecido por el mencionado, adjunto certificado médico, historia clínica que acredite la dolencia con diagnóstico médico pertinente, constancia de diagnóstico, tratamiento prescriptivo, evolución favorable y tiempo por el cuál la dolencia incapacita al profesional solicitante.

Sin otro particular, saludo a Ustedes muy atentamente.