

# FONDO SOLIDARIO

Ley Provincial N° 7528 / 8429



Colegio Profesional  
de Kinesiólogos y Fisioterapeutas  
de la Provincia de Córdoba

Mat. N°: \_\_\_\_\_

Fecha: ..... de ..... de 20....

Apellido y Nombre completo: \_\_\_\_\_

A la Presidencia del Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba, Ley N° 7528 / 8429  
CÓRDOBA

Vengo por la presente a declarar quien/es serán beneficiarios/as de mi subsidio por fallecimiento del **“Fondo Solidario del Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba”** y que instituyo en el interior del presente sobre, cada cual en la proporción que indico, quienes deberán ser pagados con el total o saldo del importe, para el caso de existir deuda ante este Colegio por cualquier concepto. Conste. -

Firma: \_\_\_\_\_

DNI: \_\_\_\_\_

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTÉNTICA

Firma Autorizada:

# PERSONA/S BENEFICIARIA/S DE MI SEGURO DE VIDA

- 1- Sr/a. ...., el .....%  
Domicilio: .....  
DNI: ..... Teléfono: .....  
E-mail: .....
  
- 2- Sr/a. ...., el .....%  
Domicilio: .....  
DNI: ..... Teléfono: .....  
E-mail: .....
  
- 3- Sr/a. ...., el .....%  
Domicilio: .....  
DNI: ..... Teléfono: .....  
E-mail: .....
  
- 4- Sr/a. ...., el .....%  
Domicilio: .....  
DNI: ..... Teléfono: .....  
E-mail: .....

**Firma:**

