

FECHA DE INGRESO

SOLICITUD N°



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

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

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:

Esta 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