

# COLEGIO DE MÉDICOS SANTIAGO DEL ESTERO



Sede: 9 de Julio 154/6 - (4200) Santiago del Estero  
Secretaría Acción y Ayuda Solidaria Tel.: (0385) 4221229 - E-mail: accionsocial@colmedse.com.ar

## SOLICITUD DE SUBSIDIO REINTEGRABLE PARA ASOCIADOS

Solicitud N° \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Santiago del Estero, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

**AL SEÑOR**

**PRESIDENTE DEL COLEGIO DE MEDICOS DE SANTIAGO DEL ESTERO**

**S...../.....D.-**

El/la que suscribe, \_\_\_\_\_, en mi carácter de Asociado/a, Cód N° \_\_\_\_\_ de este Colegio y cuyos demás datos personales se indican a continuación en carácter de declaración jurada, tiene el agrado de dirigirse a Ud., y por su intermedio a la Honorable Comisión Directiva, a efectos de solicitar se autorice que se le otorgue un SUBSIDIO REINTEGRABLE por la SUMA DE PESOS \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_), que se compromete a reintegrar con más el interés compensatorio que fije ese Cuerpo, en el PLAZO DE \_\_\_\_ MESES, ABONANDO \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) CUOTAS MENSUALES de PESOS \_\_\_\_\_ (\$ \_\_\_\_\_, \_\_\_\_) CADA UNA. Todo ello, de conformidad lo normado por el art. 131 inc. d) del Estatuto y los términos de la Resolución N° \_\_\_\_\_ emanada de esa Comisión Directiva, que declaro conocer y aceptar.

### SOLICITANTE

APELLIDO/S: \_\_\_\_\_ NOMBRE/S: \_\_\_\_\_

TIPO DE DOCUMENTO Y N°: \_\_\_\_\_ N° COD COLEGIO DE MEDICOS: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ B° \_\_\_\_\_

LOCALIDAD: \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

ES PROPIETARIO DE INMUEBLES: SI/NO – UBICACIÓN: \_\_\_\_\_

POSEE AUTOMOTORES SI/NO - DOMINIO N° \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Aclaración \_\_\_\_\_