



ANEXO II.3

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ADOPCION

SECRETARIA DE ACCION SOCIAL Y AYUDA SOLIDARIA

Fecha Presentación	Expediente N° (*)	Subsidio

Datos del Asociado/Beneficiario:

N° Código	Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento

Solicito se me abone el Subsidio por Adopción previsto por el art. 143° del Estatuto, acompañando a tales fines:

- Certificado de mi antigüedad como colegiado expedida por el Area de Nómina del C.M.S.E.
- Certificado de Libre deuda expedida por Tesorería del C.M.S.E.
- Ejemplar debidamente autenticado de la sentencia que acuerda la adopción como hecho generador del subsidio.

Con relación a mis datos personales aquí brindados, manifiesto en carácter de DECLARACION JURADA que los mismos resultan veraces y presto mi expreso consentimiento para que ellos sean objeto de tratamiento por el C.M.S.E., exclusivamente a los fines para los cuales fueron suministrados.

El presente Formulario debe ser entregado personalmente por el beneficiario por ante la Mesa de Entradas y elevado a la Secretaría de Acción Social y Ayuda Solidaria del Colegio de Médicos de Santiago del Estero

Firma del Asociado/Beneficiario

E-MAIL:

TELÉFONO:

(*) Dato a completar por la Secretaría de Acción Social y Ayuda Solidaria del Colegio de Médicos de Santiago del Estero.-

CONTROL POR LA SECRETARIA DE ACCION SOCIAL Y AYUDA SOLIDARIA:

Documentación completa
 Incompleta

Verificado y remitido a Comisión Directiva en fecha/...../.....

Firma del Responsable del Area