



Santa Fe, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Sres.

Mesa Directiva

Presentes:

El/la que suscribe, \_\_\_\_\_,

D.N.I. N°: \_\_\_\_\_, matrícula N°: \_\_\_\_\_ se dirige a Uds. a fin de solicitar SUBSIDIO

por (marcar con una cruz lo que corresponda):

NACIMIENTO

INCAPACIDAD TRANSITORIA (en este caso, completar el siguiente renglón)

CAUSAL DE INCAPACIDAD (diagnóstico): \_\_\_\_\_

Envío adjunto a la presente la documentación requerida a tal fin (marcar con una cruz la que corresponde)

Copia de partida de nacimiento legalizada

Certificado médico indicando reposo

Historia clínica

Estudios complementarios

Foja quirúrgica

Saluda muy atentamente,

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

NÚMERO DE CBU / ALIAS: \_\_\_\_\_