

La Plata, ...../...../.....

## Subsidio por Enfermedad Transitoria

El que suscribe, asociado a la Agronomía Médica Platense, solicita al Consejo Directivo el otorgamiento del subsidio por ENFERMEDAD TRANSITORIA, de acuerdo con lo establecido por la reglamentación respectiva. Al efecto del otorgamiento adjunto certificado médico en el que consta el período de reposo, copia de resolución de cancelación de matrícula transitoria del Colegio de Médicos de la Provincia de Bs. As. Distrito I.

Sin otro particular, saluda a Ud. Atentamente.

### Datos del Profesional:

| Apellido y Nombre:.....

| Matrícula:.....

| Domicilio Particular:.....

| Teléfono: .....

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Informe de Asesoría Legal:.....

Informe de Tesorería:

\_\_\_\_\_  
FIRMA

Registra Subsidio anterior: SI NO

Período: .....|.....|.... al .....|.....|.....

.....|.....|.... al .....|.....|.....

Estado de pago de Cuota Societaria:.....

Importe a Liquidar:.....

Observaciones:.....

Resolución de Mesa Directiva: .....|.....|.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL RESPONSABLE

Aprobado SI NO

Ad Referendum aprobado en reunión de Consejo Directivo.

Observaciones:.....

### REQUISITOS:

- Certificado médico en el que conste el período de reposo. - Cancelación de matrícula.
- Cuota Social al día - 1 año de agremiado.