



Córdoba, / /20.....

Sr. Fiduciario del FISAP
Dr. Héctor R. Oviedo

Me dirijo a Ud. a fin de solicitar se me otorgue el subsidio por incapacidad temporaria previsto en el FISAP, aceptando y obligándome lisa y llanamente al cumplimiento de la normativa vigente y a la que en el futuro disponga el Comité de Control en relación a la presente solicitud.

A estos fines y de acuerdo a lo requerido por la reglamentación vigente adjunto a la presente en certificado médico pertinente y declaro bajo juramento encontrarme en condiciones de ser beneficiario de dicho subsidio.

Apellido y Nombre:.....
D.N.I. N°
Matrícula Profesional N°:.....
Dirección:..... Localidad:.....
Provincia:.....
E-mail:.....

Certificado extendido por el Dr.
N° de matrícula..... Especialidad:.....
Diagnóstico:.....
.....

Causa u origen de la afección:
a) accidente: (describir y relatar las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el accidente).....
b) Enfermedad incapacitante:

Período de inactividad laboral prescripto: desde el día
..... Hasta el día Inclusive
Sin otro particular, saludo atte.

Dr.
DNI
M.P.