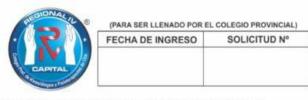
REGIONAL IV - CORDOBA CAPITAL Y ZONAS DE INFLUENCIA



PRESIDENTE DE LA REGIONAL

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

	IN	IICIAL		PRORRO	GA [
BENEFICIARIO:			MATRICULA	DO Nº:				
ECHA NACIMIENTO	1	1	REGIONAL:					
ATIENDE OBRAS SO	CIALES: SI - N	10						
ARGO EN RELACIO	N DE DEPENDE	NCIA: SI - N	O REPARTICIO	ON O ESTA	BLECIMI	ENTO:		
OOMICILIO DONDE P								
STABLECIMIENTO Declaro que los datos o	ONDE SE REAL	IZARA EL TRA	ATAMIENTO:					
FECHA: /	1		FIRMA Y ACLA					
INFORME DEL ME	DICO TRATANT	E						
		TOTAL DIAS SOLICITADOS						
			DESDE E	L /	1	HASTA EL		1
TRATAMIENTO INI	DICADO							
FECHA: /	1							
NOTITED AND SA	116		FIRM			DICO TRATA		******
REQUISITOS: Deberá Adjuntar a esta solicit EXAMEN Y JUNTAS MI así como el someterse gio Profesional y/o los ca del beneficiario y la CAUSA DE CESE DEL o extraprofesionales, a cará automáticamente PRORROGAS: En casí nuevamente la solicit CERTIFICO QUE LOS OBRANTE EN PODER	ud los estudios co EDICAS: Esta solici- EDICAS: Esta solici- a los exámenes n profesionales que p pérdida de los b BENEFICIO: El hei- ie interpretara con el cese de dice o de prolongarse e ud de subsidio. DATOS QUE AN	omplementarios citud implica la nedicos, juntas e ella designe. L eneficios del si cho de reintegra mo indicador de o subsidio. el término de re	aceptación expli médicas, etc. qu a negativa a som stema. arse a cargos pút la finalización d cuperación estin	cita del Regle e se disponq eterse a est olicos o priv e la causal nado, deber	lamento y ga por la l os requisi ados, de a que origir á denunci	de las norm lonorable Ju tos implica i atender sus i nó el subsidi larse tal situ	as que s unta Ejeci la separa intereses lo y por la ación cu	e establezo utiva del C ción autor profesiono o tanto pro mplimenta

INFORME DE AUDITORIA

AUDITORIA MEDICA DE	EL COLEGIO PROFESIONAL
INFORME N° SE REALIZO AUDITORIA EN CAMA CALIENTE SI OBSERVACIONES	NO FECHA: / /
	FIRMA DEL AUDITOR
LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO CANTIDAD DIAS APROBADOS: PERIODO: DESDE: HASTA:	CANT. DIAS VALOR GALENO % TOTAL
FIRMA	TOTAL A ABONAR:
	AUTORIZACION DE PAGO