

**REGIONAL IV - CORDOBA CAPITAL
Y ZONAS DE INFLUENCIA**



(PARA SER LLENADO POR EL COLEGIO PROVINCIAL)

FECHA DE INGRESO	SOLICITUD N°

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

INICIAL

PRORROGA

BENEFICIARIO: MATRICULADO N°:

FECHA NACIMIENTO / / REGIONAL:

ATIENDE OBRAS SOCIALES: SI - NO

CARGO EN RELACION DE DEPENDENCIA: SI - NO REPARTICION O ESTABLECIMIENTO:

DOMICILIO DONDE PERMANECERA DURANTE LA INACTIVIDAD:

TELEFONO:

ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZARA EL TRATAMIENTO:

Declaro que los datos que anteceden son correctos y a la vez conocer la reglamentación vigente sobre el subsidio solicitado.

FECHA: / /

.....
FIRMA Y ACLARACION DEL BENEFICIARIO

<p>INFORME DEL MEDICO TRATANTE</p> <p style="text-align: center;">TOTAL DIAS SOLICITADOS</p> <p style="text-align: center;">DESDE EL / / HASTA EL / /</p> <p>CERTIFICO QUE EL/LA</p> <p>PADECE DE</p> <p>INFORME MEDICO</p> <p>.....</p> <p>TRATAMIENTO INDICADO</p> <p>.....</p> <p>FECHA: / /</p> <p style="text-align: center;">..... FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE</p>
--

REQUISITOS: Deberá comunicar el subsidio dentro de los 15 días corridos del comienzo del mismo a la Regional respectiva. Adjuntar a esta solicitud los estudios complementarios.

EXAMEN Y JUNTAS MEDICAS: Esta solicitud implica la aceptación explícita del Reglamento y de las normas que se establezcan, así como el someterse a los exámenes médicos, juntas médicas, etc. que se disponga por la Honorable Junta Ejecutiva del Colegio Profesional y/o los profesionales que ella designe. La negativa a someterse a estos requisitos implica la separación automática del beneficiario y la pérdida de los beneficios del sistema.

CAUSA DE CESE DEL BENEFICIO: El hecho de reintegrarse a cargos públicos o privados, de atender sus intereses profesionales o extraprofesionales, se interpretará como indicador de la finalización de la causal que originó el subsidio y por lo tanto provocará automáticamente el cese de dicho subsidio.

PRORROGAS: En caso de prolongarse el término de recuperación estimado, deberá denunciarse tal situación cumplimentando nuevamente la solicitud de subsidio.

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN SON EXACTOS Y HAN SIDO CONSTATADOS SEGÚN DOCUMENTACIÓN OBRANTE EN PODER DE ESTA REGIONAL.

.....
PRESIDENTE DE LA REGIONAL

INFORME DE AUDITORIA

AUDITORIA MEDICA DEL COLEGIO PROFESIONAL

INFORME N°

SE REALIZO AUDITORIA EN CAMA CALIENTE

SI	NO
----	----

FECHA: / /

OBSERVACIONES

FECHA: / /

.....
SELLO Y FIRMA DEL AUDITOR

LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO

CANTIDAD DIAS APROBADOS:

PERIODO: DESDE:

HASTA:

FIRMA

FECHA: / /

CANT. DIAS	VALOR GALENO	%	TOTAL
.....
.....
.....

TOTAL A ABONAR:

OBSERVACIONES:

.....

.....

CONTROL AFILIACIONES	ESTADISTICAS	

.....
AUTORIZACION DE PAGO