ANEXO II.2

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR NACIMIENTO

SECRETARIA DE ACCION SOCIAL Y AYUDA SOLIDARIA		
Fecha Presentación	**Expediente Nº (*)**	**Subsidio**

Datos del Asociado/Beneficiario:

Nº Código	**Apellido y Nombres**	**Tipo y Nº de Documento**

Solicito se me abone el Subsidio por Nacimiento previsto por el art. 143° del Estatuto, acompañando a tales fines:

- Certificado de mi antigüedad como colegiado expedida por el Area de Nómina del C.M.S.E.
  Certificado de Libre deuda expedida por Tesorería del C.M.S.E.
- Acta de Nacimiento debidamente legalizada por el Registro Nacional de las Personas que acredita que el menor _____ es mi hijo/a

Con relación a mis datos personales aquí brindados, manifiesto en carácter de DECLARACION JURADA que los mismos resultan veraces y presto mi expreso consentimiento para que ellos sean objeto de tratamiento por el C.M.S.E., exclusivamente a los fines para los cuales fueron suministrados.

El presente Formulario debe ser entregado personalmente por el beneficiario por ante la Mesa de Entradas y elevado a la Secretaría de Acción Social y Ayuda Solidaria del Colegio de Médicos de Santiago del Estero

Firma del Asociado/Beneficiario

E-MAIL:

TELÉFONO:

(*) Dato a completar por la Secretaría de Acción Social y Ayuda Solidaria del Colegio de Médicos de Santiago del Estero .-

CONTROL POR LA SECRETARIA DE ACCION SOCIAL Y AYUDA SOLIDARIA:

Documentación ☐ **completa** ☐ **Incompleta**

Verificado y remitido a *Comisión Directiva* en fecha ...../...../.....

Firma del Responsable del Area