



ANEXO II.5 b)

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO SIN BENEFICIARIOS

SECRETARIA DE ACCION SOCIAL

Fecha Presentación	Expediente N° (*)	Subsidio

Datos del Asociado Fallecido:

N° Código	Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento

Datos del/los herederos forzosos:

Apellido y Nombres	Tipo y N° de Documento

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

- Acta de Defunción debidamente legalizada por el Registro Nacional de las Personas que acredita el hecho generador del subsidio.
- Copia DNI del/los herederos forzosos
- Acta de Nacimiento y de Matrimonio.
- Certificado de Libre deuda expedida por Tesorería del C.M.S.E.
- Copia certificada de Declaratoria de Herederos

(*) Tachar lo que no corresponda

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 Peticionante

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 EL AREA DE NÓMINA:

Documentación ☐ completa ☐ Incompleta
Verificado y elevado a Comisión Directiva
en fecha/...../.....

Firma del Responsable del Area de Nómina

Documento válido para el día de Impresión - 14/11/2019