CIRSE

SOLICITUD DE **SUBSIDIO PARA SOCIOS DISCAPACITADOS**

DELEGACION / D.A.A.

DATOS DEL SOCIO TITULAR

Apellido y Nombres: .....

DNI: ..... Nº de Socio: .....

Domicilio: .....

Teléfono de línea: .....

Teléfono celular - Código de área: ..... Número: .....

Correo electrónico: .....

APELLIDO Y NOMBRE DEL SOCIO SOLICITANTE	Nº DE SOCIO	DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Lugar _____ Fecha _____ Firma y aclaración del socio titular _____

INFORME MEDICO: El mismo debe estar escrito con claridad (a máquina o letra de imprenta). No debe presentar tachaduras ni enmiendas sin ser salvadas por el profesional actuante. No se dará curso a aquellas solicitudes en las que la certificación de la firma del médico no cumpla con lo establecido en el ítem: "AUTENTICACION DE FIRMA Y MATRICULA".

DIAGNOSTICO

.....

.....

.....

Fecha de iniciación de la enfermedad: .....

Exámenes complementarios: .....

.....

MATRICULA Nº	EXPEDIDA POR

Lugar _____ Fecha _____

Firma y aclaración del médico _____

NOTA: *Adjuntar C.U.D. (excluyente) válido a la fecha actual.*