

Posadas....de.....de 20.....

SEÑORES
DIRECTORIO CAJA DE
PROFESIONALES MÉDICOS
DE LA PROVINCIA DE MISIONES
S / D

Tengo el agrado de dirigirme a Uds. a los fines de solicitarles
tengan a bien otorgarme **subsidio por atención de familiar directo**, en los términos del
Reglamento dictado al efecto por Asamblea Extraordinaria, declarando conocer y aceptar la
totalidad de las condiciones previstas en el citado reglamento y comprometiéndome a cumplir
acabadamente con la totalidad de las obligaciones a mi cargo allí detalladas.

Declaro bajo juramento de ley que no realizo en la actualidad
actividad profesional alguna.

Acompaño a la presente documentación probatoria.

Sin otro particular, atentamente.

FIRMA.....

ACLARACIÓN.....

D.N.I.....

TEL.....CEL.....

CORREO ELECTRONICO.....

CARÁCTER EN EL QUE SE PRESENTA

.....
.....

MOTIVO DE LA REPRESENTACIÓN

.....
.....
.....