

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR EMBARAZO, PARTO Y LACTANCIA

SOLIC. N°

FECHA

/ /

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRES		ESTADO CIVIL	
MATRIC. N°	DNI N°	FECHA NAC. / /	
APELLIDO MAT.		APELLIDO Y NOMB. CONYUGE	
DOMICILIO PARTIC.		C.P. y LOC.	
DOMICILIO PROF.		C.P. y LOC.	
CEL. ()	TEL. PARTIC. ()	TEL. PROF. ()	
E-MAIL:			

DATOS DEL EMBARAZO

FECHA DE NACIMIENTO DEL HIJO / /	(ADJUNTAR CERTIF. DE NACIDO VIVO / PARTIDA DE NACIM.*)
FECHA DE INTERRUPCION DEL EMBARAZO (POST. A 20 SEMANAS DE GEST.) / /	(ADJUNTAR CERTIF. MEDICO*)
TIEMPO DE GESTACION SEMANAS	

* Presentar dentro de los 30 días de producido el nacimiento o la interrupción del embarazo.

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

INFORME DEL TESORERO

	SI	NO	FECHA DE PAGO 3 ULTIMOS MESES		
			PERIODO	PAGO	/ /
POSEE SANCIONES ETICAS					
ADEUDA MATRICULA					
ADEUDA AYUDA ECONOMICA					
ADEUDA CONVENIO					
DECLARACION JURADA PRESENTADA					
ADEUDA COMPROBANTES POR BECAS					
REUNE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS					

RESOLUCION DE MESA DIRECTIVA DEL ____/____/____

Vista la solicitud presentada por el Profesional y cumplidos los trámites reglamentarios y administrativos, se resuelve:

ACORDAR

/

NO ACORDAR

el subsidio solicitado.

Observaciones: _____

TESORERO

LIQUIDACION DEL IMPORTE DEL SUBSIDIO

FECHA DE PAGO / /	IMPORTE \$		
FORMA DE PAGO	EFFECTIVO	CHEQUE N°	C/NUEVO BCO. DE STA. FE S.A.

RECIBI DE CONFORMIDAD LA SUMA DE \$ _____

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL