



SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TOTAL Y TRANSITORIA

..... de 20.....

Señor

Presidente de la Caja de
Seguridad Social para los
Profesionales del Arte de Curar
de la Provincia de Santa Fe

S / D

Quien suscribe, Afil. Nº

tiene el agrado de dirigirse a Ud. y por su intermedio a H. Directorio con el objeto de solicitar se le conceda el beneficio del Subsidio por incapacidad Total y Transitoria.

Al tal fin al pie de la presente, consta el certificado expedido por el Dr.

..... justificativo del estado de incapacidad y lapso de su duración.

SOLICITANTE:

DOMICILIO: TEL.: (+549) 15.....

DOCUMENTO Nº: TIPO: (LE, LC, o DNI):

FIRMA:

CERTIFICO: que los datos de identidad, impresión digital o firma que anteceden, corresponden a

..... y han sido colocadas en mipresencia.

(SELLO).....

Autoridad de La Caja, Policía, Juez de Paz o Escribano

CERTIFICO: Que el/la, padece una incapacidad, total y transitoria cuyo Diagnóstico es

.....
.....

Fecha inicio incapacidad / /

Estampilla
CPAC

Estampilla
Colegio de
Médicos

.....

Firma y sello del médico que lo asiste.

Fecha:



Subsidio por Incapacidad

Requisitos para otorgar el beneficio

1º) Presentación de la solicitud dentro del plazo de 30 días a partir de la fecha en acaeciera el hecho que lo incapacite. (Arts. 79 inc. "a" y concord. Ley 12.818)

2º) La Caja no recepcionará ninguna solicitud si el afiliado peticionante no acredita previamente no adeudar suma alguna (excepto interés y/o actualización proveniente de pago fuera de término) al momento del inicio de la incapacidad Total y Temporal que lo inhabilita para el ejercicio profesional.

(Resolución Nº 18.346 del 10/8/85 – Arts. 51º, 79º inc. "b" y concordantes Ley 12.818)

Para uso interno de La Caja

Verificar: Antes de darle recepción, el cumplimiento de los requisitos formales para dar curso a la solicitud.

Documental médica complementaria:

.....

Verificado

..... / /

.....

Firma y sello del empleador