

SOLICITUD DE PRORROGA DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD
(AFILIADOS ACTIVOS AL MOMENTO DEL INICIO DE LA INCAPACIDAD)

Lugar:..... Fecha :de.....de.....

Solicito el beneficio de subsidio por enfermedad de acuerdo a lo establecido por el art. 57 de la Ley 17437 del 20/12/2001, en la redacción dada por la Ley 18.239 de 27/12/2007, el que declaro conocer y aceptar en todos sus términos y según documentación adjunta.

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO:

Nro.de Afiliado:

APELLIDOS:			
NOMBRES:			
DOMICILIO:			
TELÉFONOS DE CONTACTO :			
MAIL:			

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS:		NOMBRES:	
C.I.:			

DATOS DE LA PRORROGA DE SUBSIDIO

PERÍODO SOLICITADO:	DESDE: / /	HASTA: / /
CERTIFICADO DE DR./DRA		DE FECHA: / /
CERTIFICADO DE DR./DRA		DE FECHA : / /

Estoy en conocimiento de que:
Esta solicitud debe presentarse dentro del plazo de 60 días desde la fecha de finalización del último subsidio. Vencido, los haberes se devengarán desde la fecha de presentación ante Caja Notarial.

Autorizo a todos los efectos vinculados con este trámite, incluso a notificarse, a:

NOMBRE:
C.I.
Tel.:

Para Escribanos:

Ratifico que realicé mis últimas actuaciones notariales en las fechas ya declaradas en la solicitud de subsidio. Estoy en conocimiento de que terminado el año en que trascurra el subsidio, se deberá presentar a control la actividad total de dicho ejercicio y abonar las eventuales deudas de aporte complementario que puedan resultar.

.....
Firma del solicitante

Se debe adjuntar:

- 1) Certificado médico original con aclaración de la afección y período de la incapacidad.
- 2) En caso de no concurrir el titular y autorizar a un tercero a continuar este trámite, esta solicitud se debe presentar con firma certificada.
- 3) En caso de imposibilidad del titular, este trámite podrá iniciarse por otra persona (firmando inclusive la solicitud). Para las vistas, notificaciones y cobros posteriores debe agregar poder ante escribano.

Recibido el
Nombre y firma del funcionario de Caja Notarial: