



**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA**

Afiliado N° .....

Fecha: .....

E-Mail: .....

Apellidos y nombres completos: .....

Domicilio: ..... Localidad: .....  
Código Postal: ..... Teléfono: .....

Documento de identidad: ..... Estado civil: .....  
Tipo y número

**PERSONAS A CARGO:**

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Otros beneficios:  SI  NO Tipo: .....

Otorgado o en trámite: .....

Caja: ..... Expediente N°: .....

Indicar si posee Obra Médico-Asistencial:  SI  NO ¿Cuál? .....

**Causales de Incapacidad temporaria:** Se adjuntan copias de Historia clínica y de los certificados médicos donde constan las patologías existentes y la fecha de comienzo de la incapacidad temporaria.

**DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.**

.....  
Firma

\* La firma que precede de don/ña.....  
ha sido puesta en mi presencia exhibiendo documento de identidad tipo DNI - LE - LC  
N° .....

.....  
Firma

.....  
Sello aclaratorio

\* Podrán autenticar: Juez de Paz, Escribano de Registro, Presidente del Colegio Departamental y funcionarios de la Caja de Previsión Social.