

CONFORME AL REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD APROBADA EN FECHA 22 DE SEPTIEMBRE DE 2020, SEGÚN CONSTANCIA DE ACTA N° 2332/2020

1.- DATOS DEL SOCIO:

Nombre y apellido _____

Número de Cédula de Identidad _____

2.- DIAGNOSTICOS

a) _____

b) _____

c) _____

3.- REPOSO

Total días de Reposo _____

4.- BREVE INFORME CLINICO REFERENTE AL MOTIVO DE ESTE CERTIFICADO.

5.-FECHA DE SUCESO _____

6.- INTERVENCION QUIRURGICA REALIZADA:

7.- COMPROBACIÓN DE DIAGNOSTICO:

Clínica _____ Laboratorio _____ Ecografía _____ RX _____ Otros _____

8.- DATOS DEL MEDICO TRATATANTE:

Nombre y Apellidos _____

Número de Registro Profesional: _____ Especialidad _____

Número de Teléfono: _____

Firma y Sello _____

9.- FECHA DE EXPEDICION _____

10- Para solicitar Subsidio por:

Cirugía mayor _____ Incapacidad Temporal _____ Incapacidad Permanente _____

Habiendo leído lo expresado más arriba, doy mi conformidad para su utilización con los fines establecidos en el reglamento de la cooperativa.

Nombre y Apellido del socio

Nro de C.I.: _____