



# **SINDICATO DE EMPLEADOS Y OBREROS DE LA INDUSTRIA DE LA CARNE DE SAN FRANCISCO**

Personería Gremial N° 1798 – Afiliada a la C. G. T. Regional San Francisco

## **SOLICITUD SUBSIDIO POR PASAJES PARA ATENCION MEDICA EN CENTROS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADOS**

<b>Apellido y Nombre Titular</b>			
<b>N° Documento</b>			
<b>Dirección</b>		<b>Localidad</b>	

<b>Apellido y Nombre Beneficiario</b>		<b>Parentesco</b>	
---------------------------------------	--	-------------------	--

<b>Empleador</b>		<b>C. U. I. T. N°</b>	
------------------	--	-----------------------	--

<b>Otros Datos</b>	
--------------------	--

----- Por medio del presente dejo constancia que el día 

--	--	--

  
Presente fotocopia de la DERIVACIÓN MÉDICA, fotocopia del recibo de sueldo, fotocopia documento identidad del beneficiario, **CERTIFICADO MEDICO DE LA ATENCION RECIBIDA CON DIAGNOSTICO, PASAJES DE COLECTIVOS** y declaro conocer que se me reconocerá el reintegro del 50% del valor del pasaje del enfermo y de un acompañante en caso de que el paciente sea menor de 18 años. Se reconocerán pasajes de empresas de línea Transporte Colectivo Terrestre clase standart.-----

<b>Firma Titular</b>

<b>Sello Sindicato</b>

<b>Secretario General</b>