



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 ORTOPEDIA

Apellido y Nombre Titular			
N° Documento			
Dirección		Localidad	

Apellido y Nombre Beneficiario		Parentesco	
--------------------------------	--	------------	--

Empleador		C. U. I. T. N°	
-----------	--	----------------	--

Otros Datos	
-------------	--

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

--	--	--

 Presente fotocopia de la receta del calzado recetado, fotocopia del recibo de sueldo, fotocopia documento identidad del beneficiario, **FACTURA DE LA ORTOPEDICA**, y declaro conocer que se me reconocerá el reintegro del 50% del valor de mercado, por tratamientos especiales se someterá a análisis externo y se determinará el valor del reintegro. Asimismo, solo se me reconocerán un subsidio por beneficiario por año calendario de la prestación.-----

Firma Titular

Sello Sindicato

Secretario General