



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

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 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.-----

Firma Titular

Sello Sindicato

Secretario General