



Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba

Ley Provincial N° 7528/8429
General Bustos 470 – B° Cofico- Córdoba
Tel./Fax 0351-4733158/ 4715988
www.colkyfcb.com.ar – colegio @colkyfcb.com.ar

(Para ser llenado por el Colegio Profesional)

Fecha de Ingreso	Solicitud N°
------------------	--------------

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TRANSITORIA

INICIAL

PRÓRROGA

M.P.N°

BENEFICIARIO

FECHA DE NACIMIENTO / / REGIONAL

ATIENDE OBRAS SOCIALES SI - NO

CARGO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA: SI - NO REPARTICIÓN O ESTABLECIMIENTO:

DOMICILIO DONDE PERMANECERÁ DURANTE LA INACTIVIDAD:

TELÉFONO:

ESTABLECIMIENTO DONDE SE REALIZARÁ EL TRATAMIENTO:

Declaro que los datos que anteceden son correctos y a la vez conocer la reglamentación vigente sobre el subsidio solicitado

FECHA: / /

.....
FIRMA Y SELLO DEL BENEFICIARIO

INFORME DEL MÉDICO TRATANTE

TOTAL DÍAS SOLICITADOS
DESDE EL / / HASTA EL / /

CERTIFICO QUE EL/ LA

PADECE DE

INFORME MÉDICO

.....

TRATAMIENTO INDICADO

.....

FECHA / /

.....
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO TRATANTE

REQUISITOS: deberá comunicar el subsidio dentro de los 15 días corridos del comienzo del mismo a la Regional respectiva. Adjuntar a esta solicitud los estudios complementarios.

EXAMEN Y JUNTAS MEDICAS: Esta solicitud implica la aceptación explícita del Reglamento y de las normas que se establezcan, así como el someterse a los exámenes médicos, juntas médicas, etc. Que se disponga por la Honorable Junta Ejecutiva del Colegio Profesional y/o los profesionales que ella designe. La negativa a someterse a estos requisitos implica la separación automática del beneficiario y la pérdida de los beneficios del sistema.

CAUSA DE CESE DEL BENEFICIO: El hecho de reintegrarse a cargos públicos o privados de atender sus intereses profesionales o extraprofesionales, se interpretará como indicador de la finalización de la causal que originó el subsidio y por lo tanto provocará automáticamente el cese de dicho subsidio.

PRÓRROGAS: En caso de prolongarse el término de recuperación estimado, deberá denunciarse tal situación cumplimentando nuevamente la solicitud de subsidio.

CERTIFICO QUE LOS DATOS QUE ANTECEDEN SON EXACTOS Y HAN SIDO CONSTATADOS SEGÚN DOCUMENTACIÓN OBRANTE EN PODER DE ESTA REGIONAL.

.....
PRESIDENTE DE LA REGIONAL

Colegio Profesional de Kinesiólogos y Fisioterapeutas de la Provincia de Córdoba

Conste que el/la M.P.N°

Presentó en la Regional La solicitud de subsidio por incapacidad transitoria

Fecha / /

.....
PRESIDENTE DE LA REGIONAL

INFORME DE AUDITORÍA

AUDITORÍA MÉDICA DEL COLEGIO PROFESIONAL			
INFORME N°			
Se realizó auditoría en cama caliente	<table border="1"><tr><td>SI</td><td>NO</td></tr></table>	SI	NO
SI	NO		
Fecha: / /			
Observaciones		
Fecha: / /	FIRMA Y SELLO DEL AUDITOR		

LIQUIDACIÓN DEL SUBSIDIO	
Cantidad de días aprobados:	Cantidad de Días:
Período: Desde:	Valor en Pesos:
Hasta:	% :
Firma:	Total:
Fecha: / /	TOTAL A ABONAR:

OBSERVACIONES:

.....

.....

COTROL AFILIACIONES	ESTADÍSTICAS	
---------------------	--------------	--

.....

AUTORIZACIÓN DE PAGO