

	<b>FORMULARIO</b>	Código: FL-SD-01
	<b>Solicitud de Premios y Subsidios</b>	Rev. 04 Hoja 1/1

FECHA 

--	--	--

	<b>NOMBRE Y APELLIDO</b>	<b>SOCIO N°</b>	<b>CÉDULA DE IDENTIDAD N°</b>
SOLICITANTE			
DIRECCIÓN		TELÉFONO	

### **PREMIOS**

<b>POR HIJO EGRESADO O UNIVERSITARIO</b>	
NOMBRE Y APELLIDO DEL HIJO:	
UNIVERSIDAD:	
<b>POR MATRIMONIO</b>	
CONTRAJE MATRIMONIO CON:	EN FECHA:
<b>POR NACIMIENTO O ADOPCION PLENA</b>	
NOMBRE Y APELLIDO DEL NACIDO/ADOPTADO :	
FECHA DE PARTO:	FECHA DE ADOPCION:

### **SUBSIDIOS**

<b>POR INCAPACIDAD TOTAL Y PERMANENTE</b>		
FECHA DEL ACCIDENTE:		
<b>POR INTERNACIÓN SANATORIAL</b>		
FECHA DE INTERNACIÓN: DESDE:	HASTA:	
<b><u>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:</u></b>		
<b><u>MÉDICO TRATANTE:</u></b>		
<b>POR INTERNACIÓN SANATORIAL – TERAPIA INTENSIVA</b>		
FECHA DE INTERNACIÓN: DESDE:	HASTA:	
<b><u>NOMBRE DE LA INSTITUCIÓN:</u></b>		
<b><u>MÉDICO TRATANTE:</u></b>		
<b>POR REPOSO DOMICILIARIO</b>		
FECHA DE REPOSO: DESDE:	HASTA:	
<b><u>MÉDICO TRATANTE:</u></b>		
<b>POR REPOSO POR MATERNIDAD</b>		
FECHA DE REPOSO: DESDE:	HASTA:	
<b>POR INCAPACIDAD FÍSICA TEMPORAL</b>		
FECHA DEL ACCIDENTE:	SOCIO N°:	CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/>
<b>POR FALLECIMIENTO</b>		
NOMBRE Y APELLIDO DEL FALLECIDO:		
FECHA DE FALLECIMIENTO:	RELACION CON EL FALLECIDO:	
	UTILIZO EL SERVICIO DE SEPELIO: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

<b>FIRMA DEL SOLICITANTE</b>
------------------------------