Ciudad Autónoma de Buenos Aires, …. de ……….…….. de 20...

Mutual Médicos Anestesiólogos

Sr. Presidente

S/D

 Por medio de la presente solicito el subsidio por ineptitud física a partir del

…………………… hasta el ……………………………..

Diagnostico:………………………………………………………………………………

Acompaño certificado médico correspondiente.

Asimismo:

Autorizo a la Mutual de Médicos Anestesiólogos de Capital y Gran Buenos Aires a través del personal que tendrá a su cargo el ordenamiento técnico administrativo del subsidio, en plena facultades otorgadas por el Estatuto, y conforme las directivas que imparta el Consejo Directivo y/o la Sub-Comisión del Subsidio de Ineptitud Física, a requerir información a la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires sobre la existencia de prestaciones realizadas durante el periodo de cobertura solicitado, siempre y cuando no incluya cuestiones monetarias, al único fin de acreditar fehacientemente el cumplimiento de los requisitos y la no modificación del espíritu del presente subsidio.-

Autorizo a la Asociación de Anestesia, Analgesia y Reanimación de Buenos Aires a informar a la Mutual de Médicos Anestesiólogos de Capital y Gran Buenos Aires, previo requerimiento realizada por ésta, acerca de la existencia de prestaciones realizadas durante el periodo de cobertura solicitado, siempre y cuando no se incluyan cuestiones monetarias.-

Dr. ……………………..

Socio Mutual Nº …………..-

 Firma:

PO-01-F2

23/02/2021