



Asociación Sindical de Profesionales de la
Salud de la Provincia de Buenos Aires

SOLICITUD DE SUBSIDIO CAPACITACIÓN

Lugar y fecha.....

N° de Servicio.....

DATOS PERSONALES AFILIADO

Apellido y Nombres.....

DNI..... N° de Legajo.....

Seccional.....

Domicilio Particular.....

Teléfono..... Teléfono Celular.....

Correo electrónico.....

OBJETIVO.....

BREVE DESCRIPCIÓN.....

.....

.....

MONTO SOLICITADO: \$

.....
Firma y Aclaración
Solicitante

.....
Firma y Aclaración
Receptor Seccional

Resolución CDP CICOP: