



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

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATRIMONIO

Lugar y fecha.....

N° de Servicio.....

DATOS PERSONALES AFILIADO

Apellido y Nombres.....
DNI..... N° de Legajo.....
Seccional.....
Domicilio Particular.....
Teléfono..... Teléfono Celular.....
Correo electrónico.....

DATOS PERSONALES CONYUGE

Apellido y Nombres.....
DNI..... Fecha de Nacimiento:.....

Fecha de enlace:.....
Datos del Certificado acta, folio, años (se copia del acta de matrimonio):.....
MONTO SOLICITADO: \$

.....
Firma y Aclaración
Solicitante

.....
Firma y Aclaración
Receptor Seccional

Resolución CDP CICOP:
