

..... , de de 20.....

Al Presidente del

Colegio de Distrito

Arq.

Presente

Ref: Solicitud Subsidio por Incapacidad Transitoria/Definitiva

De mi consideración:

Me dirijo a Ud, a los efectos de solicitarle tenga a bien otorgarme el Subsidio por Incapacidad, según lo establecido por Resolución DSP - CAPSF N° 576/19.

A tal fin, adjunto a la presente Certificado Médico y declaro reunir los requisitos que se detallan a continuación:

- a) Poseo una antigüedad mayor a 2 años de matriculado en el CAPSF.
- b) Revisto en la categoría de “Profesional Habilitado” en el presente año
- c) Fui “Profesional Habilitado” en los 2 años anteriores y/o en 3 años alternados.
- d) No registro deudas ni obligaciones pendientes de ninguna naturaleza con el CAPSF.
- e) No he sido sancionado por el Tribunal de Ética y Disciplina.

Quedando a la espera de una respuesta favorable, saludo a usted atte.

FIRMA:

APELLIDO Y NOMBRE.....

MAT. CAPSF N°:.....