

CONFORME AL REGLAMENTO DE SOLIDARIDAD APROBADA SEGÚN CONSTANCIA DE ACTA N° 2580/2024

1.- DATOS DEL SOCIO:

Nombre y apellido _____

Número de Cédula de Identidad _____

2.- DIAGNOSTICOS

a) _____

b) _____

c) _____

3.- REPOSO

Total días de Reposo _____

4.- BREVE INFORME CLINICO REFERENTE AL MOTIVO DE ESTE CERTIFICADO.

5.-FECHA DE SUCESO _____

6.-MARCAR TIPO DE INTERVENCION QUIRURGICA REALIZADA: Cirugía mayor Cirugía menor

ESPECIFICAR:

7.- COMPROBACIÓN DE DIAGNOSTICO:

Clínica _____ Laboratorio _____ Ecografía _____ RX _____ Otros _____

8.- Para solicitar subsidio por:

Cirugía mayor _____ Incapacidad Temporal _____ Incapacidad Permanente _____

9.- DATOS DEL MEDICO TRATATANTE:

Nombre y Apellidos _____

Número de Registro Profesional: _____ Especialidad _____

Número de Teléfono: _____

Firma y Sello _____

10.- FECHA DE EXPEDICION _____

Habiendo leído lo expresado más arriba, doy mi conformidad para su utilización con los fines establecidos en el reglamento de la cooperativa.

Nombre y Apellido del socio

Nro. de C.I.: _____