

SOLICITUD SUBSIDIO POR MATERNIDAD

APELLIDO/S Y NOMBRE/S:

MATRÍCULA:.....DNI

CUIT/CUIL:.....

DOMICILIO PROFESIONAL.....

LOCALIDAD..... PARTIDO.....

TELÉFONO PARTICULAR/ CELULAR

DIRECCIÓN DE EMAIL.....

FECHA DE NACIMIENTO/GUARDA/ADOPCIÓN HIJO/A:.....

FARMACÉUTICO REEMPLAZANTE (si corresponde):.....

MATRÍCULA:.....DNI

FECHA DE CIERRE (si corresponde): DESDE...../...../..... HASTA/...../.....

Firma

Aclaración

Fecha solicitud

Adjuntar según corresponda:

- ✓ Partida de nacimiento legalizada
- ✓ Sentencia judicial de Guarda o Adopción
- ✓ Alta temprana en AFIP del farmacéutico reemplazante
- ✓ Recibo de sueldo del farmacéutico reemplazante
- ✓ Trámite ante el Ministerio de salud- Dirección de Farmacia designación del nuevo farmacéutico

Si procede al cierre:

- ✓ Partida de nacimiento legalizada
- ✓ Sentencia judicial de Guarda o Adopción
- ✓ Nota de cierre temporal (30 días o 15 días) para presentar a la Dirección de Farmacias