



SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORARIA

Señor Presidente del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, conforme lo establecido en el Reglamento de Beneficios, informo con carácter de Declaración Jurada:

A) DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombres:

D.N.I. N°: CUIL o CUIT n°:

N° de Matrícula: Correo electrónico (*):

Teléfono: Celular:

Domicilio calle:

Localidad: CP:

Banco: Titular de la cuenta:

CBU (**):

Factura con cargo a obras sociales SI NO (marque lo que corresponda)

Matriculado en el Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires, haciendo uso del beneficio que surge de los artículos 11 ss. y concs. del Reglamento de Beneficios, declaro bajo juramento:

1) Que me encuentro al día con las obligaciones del Colegio de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires – Ley 10.392, no adeudando matrícula, intereses, multas por omisión de voto, multa por sanción disciplinaria y toda otra obligación o deuda para con el Colegio (art. 1º y 4º inc. a) del Reglamento de Beneficios)

2) Que me encuentro incapacitado para el ejercicio Profesional y que el impedimento es posterior a la matriculación, no encontrándome en el período de gracia de seis (6) meses de matriculado (art. 6 del Reglamento de Beneficios).

3) Que solicito el beneficio dentro del plazo legal de sesenta (60) días de acaecido el hecho generador y que mi incapacidad es superior a treinta (30) días y menor a doce (12) meses (arts. 5 y 11 del Reglamento de Beneficios).

B) DATOS DE PRESCRIPCIÓN MÉDICA:

Diagnóstico:

Médico: Especialidad:

Fecha inicio patología: Fecha fin patología:

Tiempo de reposo (cantidad de días):

C) DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑO(****) (marcar con tilde)

Original de Certificado Médico con diagnóstico e indicación de reposo laboral.

Copias de estudios, análisis efectuados, antecedentes, resumen de historia clínica y dictámenes médicos en los que se indique la afección que padece y la incidencia de la misma sobre su capacidad laboral.



SOLICITUD DE BENEFICIO POR INCAPACIDAD TOTAL TEMPORARIA

- En caso de intervención quirúrgica, adjunto copia del Protocolo Quirúrgico.
- Para los trastornos del embarazo deberá acompañar copia de ecografía actualizada, análisis de laboratorio y orden médica original donde figure fecha de última menstruación (FUM) y fecha posible de parto (FPP).
- Para afecciones Psiquiátricas (Estado psíquico actual, antecedentes de la enfermedad actual, Diagnóstico según DSM IV con descripción de los 5 ejes, tratamiento farmacológico detallando: droga, dosis, posología, duración estimada del mismo, tratamiento no farmacológico detallando: tipo y duración estimada).
- Original de Credencial Profesional.
- Copia de constancia de CBU (sólo en caso de no tener cuenta honorarios gestionada por Colegio)

PARA DAR INGRESO A LA PRESENTE SOLICITUD, ES INDISPENSABLE LA PRESENTACION DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Notas: (*) El correo electrónico consignado se tiene como constituido a los efectos legales para cursar todas las notificaciones relacionadas con el pedido que se solicita. En dicho domicilio electrónico serán válidas todas las notificaciones por más que sean rechazadas por cualquier circunstancia o motivo.

(**) Corresponde enviar copia de comprobante de CBU. Completar sólo si el matriculado no posee cuenta honorarios gestionada por Colegio.

(***) El matriculado al momento de la presentación del pedido deberá presentar toda la documentación indicada. En caso de no reunir los requisitos la Delegación deberá rechazar el trámite y no aceptar la entrega del pedido hasta tanto el matriculado no subsane el faltante de documentación y/o cumpla con los requisitos.

Declaro con carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en este formulario son correctos, completos y veraces, y que el presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno. Asimismo declaro que en caso de cesar en la INCAPACIDAD por la que solicito el beneficio, antes del período por el cual se otorga el mismo, me comprometo a informarlo de inmediato al Colegio (art. 17 del Reglamento de Beneficios).

Lugar y fecha

Firma

Aclaración

Sello Delegación

Firma de empleado

Firma de autoridad

Aclaración