



SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO (SPF)

DECLARACION JURADA

Profesional Federado a través del COLEGIO MEDICO:			
Apellido/s y Nombre/s (completos)			
Fecha de Colegiación:			
TIPO y Nº de Documento de Identidad			
Matricula PROVINCIAL:		Matricula NACIONAL:	
Especialidad:			
FECHA DE NACIMIENTO	Día:	Mes:	Año:
CUIT Nº			

BENEFICIARIOS	<i>Completar con letra legible</i>		
Apellido y Nombre	Parentesco/Vinculo	Tipo y Nro. Documento	Porcentaje

Declaro bajo **JURAMENTO**, conocer y aceptar la reglamentación vigente, del SPF, firmando esta Declaración Jurada, en prueba de **CONFORMIDAD**, comprometiéndome a informar en forma fehaciente, vía **Colegio Médico**, todos aquellos datos que alteren la presente. (Art.3 y 4).

Fecha:...../...../.....Firma:.....

Aclaración:.....