CePETel **Sindicato de los Profesionales de las Telecomunicaciones**

Secretaría de Acción Social

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ____/____/____
(fecha)

A: Secretario de Acción Social de **CePETel**
Sr. Walter Lipari

Yo, _____, afiliado nro._____, solicito la
(apellido y nombre) (nro. de afiliado)

Asignación:

	Asignación
	Fallecimiento de cónyuge del afiliado/a
	Fallecimiento de hijo/a del afiliado/a
	Fallecimiento de padre del afiliado/a
	Apoyo a la rehabilitación del/la menor con discapacidad
	Casamiento del afiliado
	Nacimiento y Adopción de hijo/a del afiliado/a
	Ayuda para prótesis médica
	Ayuda para el Afiliado/a con Hijos/as con Discapacidad Mayores de 21 años
	Subsidio eventual por pérdida/perjuicio material colectivo

(Marcar con una cruz donde corresponda)

A tal fin acompaño la siguiente documentación:

	Documentación	**Asignación**
	Partida de defunción del cónyuge o conviviente debidamente legalizada	Fallecimiento del cónyuge
	Partida de Casamiento actualizada debidamente legalizada o, en su caso, prueba documental debidamente legalizada que acredite la convivencia	
	Partida de nacimiento del hijo/a debidamente legalizada	Fallecimiento de hijo/a del afiliado/a
	Partida de defunción del hijo/a debidamente legalizada	
	Sentencia de adopción que así lo acredite (en el caso de hijo/a adoptivo)	
	Partida de nacimiento del afiliado/a debidamente legalizada	Fallecimiento de padre del afiliado/a
	Partida de defunción del progenitor/a debidamente legalizada	
	Partida de nacimiento del/la menor con discapacidad	Apoyo a la rehabilitación del/la menor con discapacidad
	Certificado Nacional de Discapacidad vigente	
	Partida de matrimonio debidamente legalizada	Casamiento del afiliado/a
	Partida/s de nacimiento/s del hijo/a/s del afiliado/a debidamente legalizada/s	Nacimiento y Adopción
	Sentencia de adopción debidamente legalizada.	
	Prescripción o indicación del médico que originó el tratamiento que produjo la erogación y breve historia clínica	Ayuda para prótesis médica
	Factura y recibo detallados de los pagos que realizó el afiliado/a	
	Declaración Jurada del afiliado/a de que los gastos por los que solicita reembolso han sido a su exclusivo cargo	
	Partida de nacimiento del hijo/a con discapacidad debida-mente legalizada	Ayuda para el Afiliado/a con Hijos/as con Discapacidad Mayores de 21 años
	Certificado Nacional de Discapacidad vigente debidamente legalizado	
	Certificado de Supervivencia del Discapacitado/a de acuerdo con la legislación vigente (de renovación anual)	
	Presentación de documentación probatoria, a satisfacción del CePETel, de que el hijo/a con discapacidad está a su exclusivo cargo (de renovación anual)	
	A convenir por la Comisión Directiva	Subsidio eventual por pérdida/perjuicio material colectivo

(Marcar con una cruz donde corresponda)

Datos bancarios (en caso de que corresponda depósito de dinero)

Banco: _____

Nro.de cuenta:_____

CBU:

Sin más, lo saludo muy atentamente.

Firma y aclaración: _____

DNI: _____

Borrar **Imprimir**