

..... , .... de ..... de 20.....

Al Presidente del

Colegio de Distrito .....

Arq. ....

Presente

**Ref: Solicitud Subsidio por Incapacidad Transitoria/Definitiva**

De mi consideración:

Me dirijo a Ud, a los efectos de solicitarle tenga a bien otorgarme el Subsidio por Incapacidad, según lo establecido por Resolución DSP - CAPSF N° 623/21.

A tal fin, adjunto a la presente Certificado Médico y declaro reunir los requisitos que se detallan a continuación:

- a) Revisto en la categoría de “Profesional Habilitado” en el presente año
- b) No registro deudas ni obligaciones pendientes de ninguna naturaleza con el CAPSF.
- c) No he sido sancionado por el Tribunal de Ética y Disciplina.
- d) Presento el trámite dentro de los 90 días corridos de transcurrido el hecho.

Quedando a la espera de una respuesta favorable, saludo a usted atte.

FIRMA: .....

APELLIDO Y NOMBRE.....

MAT. CAPSF N°:.....