

COLEGIO DE FARMACEUTICOS DE LA PROVINCIA DE SANTA FE  
PRIMERA CIRCUNSCRIPCION

REGIMEN DE SUBSIDIOS POR JUBILACION

Señor  
Presidente

Quien suscribe, .....,  
nacionalidad ....., estado civil ....., nacido el  
....., en....., Provincia de .....,  
documento de identidad (D.N.I., L.E., L.C.) N° ....., con domicilio  
en ....., Provincia de ....., se dirige a Ud.  
a fin de solicitarle el pago del subsidio que por jubilación abona ese Colegio  
a los profesionales que se acojan al beneficio jubilatorio.

A tal fin acompaña fotocopia certificada de la resolución que le  
otorga la Caja de Seguridad Social para los Profesionales del Arte de Curar  
de la Provincia de Santa Fe.

Atentamente.-

Firma del Colegiado