



CPSPS

Caja de Previsión Social para Profesionales
de la Salud de la Provincia de Córdoba

27 de Abril 772 – 5000 Córdoba
Teléfono: 0351 4106000
Fax: 0351 4106039
Correo electrónico : info@cpsps.org.ar

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD COVID - 19

Afiliado/a N°

DATOS PERSONALES:

Apellido:

Nombres:

Estado Civil:

T/N:

Documento:

Fecha de Nacimiento:

Profesión:

C.U.I.L. Nro.:

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

Teléfono fijo:

Celular:

Correo Electrónico:

DOMICILIO PARA NOTIFICACIÓN DE RESOLUCIÓN:

Calle:

Número:

Barrio:

Localidad:

Código Postal:

DATOS FAMILIARES

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente:

Fecha de Casamiento

o inicio de convivencia:

D.N.I.:

Nombres de los hijos/as menores de edad o
mayores incapacitados:

Fecha de Nacimiento: A Cargo: Inválido:

Nombres de los hijos/as menores de edad o mayores incapacitados:	Fecha de Nacimiento:	A Cargo:	Inválido:

.....
FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES AUTENTICA:

.....
FIRMA Y SELLO

Fecha cierta de presentación

