



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 COVID-19

Afiliado/a Nº

DATOS PERSONALES:

Apellido	Nombres		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Estado Civil	T/N	Documento	Fecha de Nacimiento
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Profesión			
<input type="text"/>			

DOMICILIO PARTICULAR:

Calle	Número		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Barrio	Localidad	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Teléfono fijo	Celular		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Correo Electrónico			
<input type="text"/>			

DOMICILIO PARA EL ENVIÓ DE RESOLUCIÓN:

Calle	Número		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Barrio	Localidad	Código Postal	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATOS FAMILIARES:

Apellido y Nombre del Cónyuge o Conviviente	Fecha de Casamiento o inicio de convivencia	D.N.I.:	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

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

Fecha de Nacimiento A Cargo

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIRMA DEL SOLICITANTE

CERTIFICO QUE LA FIRMA QUE ANTECEDE ES

AUTENTICA:

Fecha cierta de presentación

.....
FIRMA Y SELLO