



Asociación Solidarista de Empleados de Abbott Medical

SOLICITUD DE SUBSIDIO ASOMEDICAL

Información General del Asociado Solicitante

Nombre _____

Departamento _____ Número Empleado _____

Estado Civil _____ Teléfono _____

Tipo de subsidio Fallecimiento de Familiar (adjuntar copia Acta de Defunción)

Nacimiento de hijos (adjuntar copia Acta de Nacimiento)

Incapacidades (adjuntar copia de incapacidades)

Manifiesto bajo protesta de decir verdad que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y estoy de acuerdo a que se compruebe su veracidad. Manifiesto además que conozco los detalles del Reglamento de Subsidios y autorizo a ASOMEDICAL a deducir de mi planilla salarial los montos del beneficio que me fueran aportados si incumplo con lo establecido alguno de los artículos de dicho Reglamento

Favor de firmar y anexar los documentos de respaldo solicitados

Nombre y Firma del Asociado

Fecha de Solicitud

Resolución

Aprobado

Rechazado

Monto aprobado total _____

Observaciones _____

Recibido por

Aprobado por