



Cooperativa Multiactiva de Ahorro y Crédito,  
Consumo, Producción y Servicios

**Lambaré Ltda.**

Personería jurídica d.to. nº 17697-12/04/93  
Inscripción en el INCOOP nº 73

## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD

### CERTIFICADO MÉDICO - uso Exclusivo Cooperativa Lambaré Ltda.

**Fecha:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Ciudad de:** \_\_\_\_\_

Certifico que el/la Paciente \_\_\_\_\_ con c.i: \_\_\_\_\_

Padece la enfermedad y/o sufrió accidente \_\_\_\_\_

Ante eso el/la se encuentra con incapacidad del tipo \_\_\_\_\_ para poder ejercer la actividad laboral, así

mismo inició su tratamiento en este servicio desde \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

en el hospital y/o Sanatorio \_\_\_\_\_

Cuyos teléfonos son: \_\_\_\_\_

#### **Observación sobre situación clínica General:**

---

---

---

---

---

---

---

-----  
**Firma y sello del funcionario de la administración sanatorial y/o Hospital**

**Sello del Hospital y/o Sanatorio**

-----  
**Firma y sello del Médico tratante**

**Observación:** *La falta de algunos requisitos exigidos en el formulario invalidará la presente solicitud.-*

**Art. 22º** Si se comprueba el cobro indebido del subsidio o premio, o la tentativa de hacerlo, el Consejo de Administración podrá instruir el sumario que corresponda, del que podrán surgir las sanciones y penalidades establecidas en el Estatuto Social.