**FICHA POR INCAPACIDAD PERMANENTE**

Jesús María, ……….. de ……………………………… del 2020

Señor Doctor

DANTE AÑAÑOS CASTILLA

Director

FONDO DE SEGURIDAD DEL MEDICO

Presente.-

De mi consideración:

Me dirijo a usted para saludarlo cordialmente y a la vez solicitarle el beneficio por **Incapacidad Permanente**.

Adjunto a la presente los requisitos solicitados:

* Copia simple de DNI
* Constancia de habilidad.
* No haber cumplido 70 años.
* Certificado médico del especialista.

Sin otro particular, me suscribo de usted.

Atentamente,

…………………………………………

FIRMA DEL SOLICITANTE

DR(A): ………………………..………………………………….…………………………………………………………….

CMP: ………………….……

TELEFONOS: ……………………………………………………………………..……………………..

DOMICILIO: ……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………..……………………………………….

DATOS DE TUTOR O CURADOR: ….………………………………….……………………………………………

……………………………………………………………………………………………..……………………………………….