

**COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.**

***(Afiliados Menores de 60 Años de Edad)***

**DECLARACION JURADA Y SOLICITUD DE BENEFICIO**

FECHA………………………………………..

Yo Dr./a.…………………………………………………………………………………………….................. RUT……………..…..ICM………………, perteneciente al Consejo Regional……………...………….

Domiciliado en………………………………….…………………………………………………..…………

………………..………………………….. Correo electrónico……………………………………………..

Fono………………………….

Declaro bajo juramento de decir verdad, estar afectado en mis ingresos profesionales como consecuencia de la pandemia por COVID-19 que sufre el país y en razón de ello, vengo a solicitar al Directorio del Fondo de Solidaridad Gremial del Colegio Médico de Chile A.G., por la situación que explico brevemente, el beneficio de:

Declaro conocer la reglamentación que regula el otorgamiento del beneficio(s) solicitado(s) precedentemente.

Agradeciendo la atención a la presente, les saluda atentamente,

--------------------------------------------------------------

(Nombre y firma solicitante)