

**COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.**

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

**DECLARACION JURADA Y SOLICITUD DE BENEFICIO**

FECHA………………………………………..

Yo Dr./a.…………………………………………………………………………………………….................. RUT……………….ICM……..………, pertenenciente 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 en solicitar al Directorio del Fondo de Solidaridad Gremial del Colegio Médico de Chile A. G., se sirva someter a su aprobación los siguientes beneficios:

------- Me exima del pago de la cuota social del Fondo de Solidaridad Gremial por tres meses o por el plazo que estimen prudente.

-------Que se me extienda el (los) siguiente(s) beneficio (s):

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)