



DECLARACION JURADA Y SOLICITUD DE BENEFICIO

Por favor enviar esta Declaración completa y firmada al correo atencionalcolegiado@regionalsantiago.cl

Nota: Si usted está solicitando el beneficio para mayores de 60 años, no necesita adjuntar esta Declaración

Yo _____ Dr./a _____ RUT _____,
ICM _____, perteneciente al Consejo Regional Santiago, domiciliado en

Correo electrónico _____

Fono _____

Declaro bajo juramento, estar afectado en mis ingresos profesionales como consecuencia de la pandemia por COVID-19 y en razón de ello, vengo a solicitar al Consejo Regional Santiago del Colegio Médico de Chile A.G., el beneficio de devolución de tres meses de la cuota regional, correspondiente al Consejo Regional Santiago.

Solicito el beneficio, por encontrarme en la siguiente situación:
(Marque con una cruz).

- a. Práctica profesional exclusiva en sector privado.
- b. Situación precaria de salud. Recuerde que si está cursando cuadro por COVID, hay beneficios del Fondo de Solidaridad gremial.

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

Mi cuenta para hacer transferencia del beneficio es la siguiente:

RUT: _____ Email: _____

Marque Tipo de Cuenta: Corriente Rut/Vista

Nº Cuenta: _____ Banco: _____

Agradeciendo la atención a la presente, les saluda atentamente,

(Nombre y firma solicitante)