



SiReLyF
SINDICATO REGIONAL
DE LUZ Y FUERZA

FORM
A5

SOLICITUD PAGO SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO FAMILIAR A CARGO

FECHA / /

www.sirelyf.org

SECCIONAL / SUBSECCIONAL.....

AL SINDICATO REGIONAL DE LUZ Y FUERZA

..... que suscribe.....L/E - L/C - DNI.....

afiliado al Sindicato N°.....domiciliado en calle..... N°.....

Barrio..... de la ciudad de.....

solicita pago del subsidio que establece el Art. 8º del reglament de Ayuda Mutua, por FALLECIMIENTO DE FAMILIAR ACARGO, cuyos datos consigno a continuación

Apellido y nombres del familiar fallecido.....

Fecha de fallecimiento...../...../..... N° DNI.....

Declaro que el familiar fallecido estaba a mi exclusivo cargo dentro de los alcances que determina el Convenio de Trabajo para el personal en actividad en lo relativo al pago del Salario Familia

Documentación obligatoria a adjuntar a la solicitud:Partida de defunción respectiva e expedida por autoridad competente. Fotocopia de defunción respectiva expedida por Autoridad competente

FIRMA AFILIADO

ACLARACIÓN

Declaro que los datos consignados en esta solicitud son exactos y que el familiar fallecido está registrado en la "Ficha Individual de Ayuda Mutua", por tal razón la presente solicitud está encuadrada en lo que determina el Art. 8 º (última parte) de la presente Reglamentación

FIRMA SECRETARIO
SECCIONAL/ SUBSECCIONAL

ACLARACIÓN