



FORM
A4

SOLICITUD PAGO SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

FECHA / /

www.sirelyf.org

SECCIONAL/ SUBSECCIONAL

AL SINDICATO REGIONAL DE LUZ Y FUERZA:

El/ los que suscribe/n, solicita/n el pago del subsidio por fallecimiento del afiliado N° Nombre y apellido.....

..... Fecha de fallecimiento/...../.....

DATOS DE LOS SOLICITANTES

NOMBRE Y APELLIDO				
L/E - L/C - DNI				
DOMICILIO CALLE Y N°				
LOCALIDAD				
FIRMA				

Documentación obligatoria a adjuntar a la solicitud:

Fotocopia Documento Identidad Beneficiarios. Fotocopia de defunción respectiva expedida por Autoridad competente.

Dejamos constancia de la exactitud de los datos consignados y certificamos la veracidad de los mismos:

(La Seccional / Subseccional debe guardar una copia
de la presente solicitud)

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN SECRETARIO SECCIONAL/ SUBSECCIONAL