Rosario, ... de 20.....

Señor Presidente de la
Caja Forense de la
2da. Circunscripción Judicial
ROSARIO
_____

(1) .....

afiliado a la Caja Forense, solicita se acuerden los beneficios del **PLAN MATERNO INFANTIL**, para

(2) .....

A tales fines detallo a continuación:

Domicilio particular y telefono .....

Médico tratante .....

Fecha certificada por médico ..... de la iniciación del embarazo

Fecha de parto ..... (Comunicarla oportunamente)

Nombre del Bebé ..... (Comunicarlo oportunamente)

Adjunto a la presente certificado médico de la iniciación del embarazo.

Esperando haber cumplimentado todos los requisitos, saludo al Sr.Presidente muy atentamente.

.....
FIRMA

PARA USO EXCLUSIVO DE LA CAJA

FECHA	NUMERO Y TIPO DE CHEQUERA	FIRMA
	EMB/PED	
	EMB/PED	
	EMB/PED	
	EMB/PED	

(1) NOMBRE DEL AFILIADO TITULAR
(2) TITULAR O CONYUGE