



ANEXO

FORMULARIO DE SOLICITUD:

**CONTRIBUCIÓN POR MATERNIDAD EN CASO DE EMBARAZO**

**Complete el formulario y adjunte documentación (adjuntando el correspondiente certificado médico o testimonio de la partida de nacimiento de su hijo).**

Fecha de solicitud: \_\_\_\_\_

Apellido/s y Nombre/s de la solicitante: \_\_\_\_\_

N° Matrícula C.A.M.: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto: \_\_\_\_\_

Datos Bancarios (CBU, Alias, Banco, Cuenta): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la Solicitante

\_\_\_\_\_  
Aclaración

**A completar por el COLEGIO (en función de lo resuelto por el Consejo Directivo)**

Aprobado: SI: \_\_\_\_\_ NO: \_\_\_\_\_

Monto total de contribución: \_\_\_\_\_

Forma de pago: \_\_\_\_\_

Especificaciones particulares: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Fecha desde la que se produce el pago: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y sello autoridad

Agrim. Javier B. CALLENART  
COLEGIO DE AGRIMENSURA  
DE MENDOZA

Ing. Agrim. María P. MALDONADO  
SECRETARÍA  
COLEGIO DE AGRIMENSURA  
DE MENDOZA