**DECLARACION JURADA Y SOLICITUD DE BENEFICIO**

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

**Solo envíe correo a: comunicaciones@regionalsantiago.cl**

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).

1. Práctica profesional exclusiva en sector privado.
2. 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 corriente para hacer transferencia del beneficio es la siguiente:

Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cuenta Corriente: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Agradeciendo la atención a la presente, les saluda atentamente,

--------------------------------------------------------------

(Nombre y firma solicitante)