

**"AÑO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA SALUD"**

**N° DE EXPEDIENTE:**

**FECHA:**

**SOLICITO:** apoyo económico por fallecimiento de familiar Químico Farmacéutico

**SEÑOR DECANO NACIONAL DEL COLEGIO QUÍMICO FARMACÉUTICO DEL PERÚ  
S.D.**

Yo, Nombres y apellidos., identificado con DNI N° N° DNI., (precisar vínculo familiar) Vínculo familiar con el Colegiado. del Q.F. Nombre completo del Colegiado fallecido., con domicilio en Domicilio., Distrito de Distrito., Provincia de Provincia. Departamento de Departamento. Teléfono de contacto Haga clic aquí para escribir texto. y correo electrónico Haga clic aquí para escribir texto., ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo:

Que, Texto de sustento.

Que, de conformidad con lo establecido en el Reglamento del "Fondo de Protección Social del Químico Farmacéutico en el Contexto de COVID-19", cumplo con presentar los siguientes documentos:

MARCAR CON UN X LOS RECUADROS DE DOCUMENTOS QUE ADJUNTE

1. Original o copia legalizada del certificado o partida de defunción
2. Copia del DNI de recurrente derechohabiente
3. Documento médico-legal que acredite haber contraído la enfermedad
4. Acta de Matrimonio
5. Certificado de convivencia
6. Partida de nacimiento de hijos
7. Otros: Haga clic o pulse aquí para escribir texto.

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Por lo expuesto, solicito el apoyo necesario al Colegio Químico Farmacéutico del Perú.

Lima, Día. de Mes. del 2020

---

**NOMBRES Y APELLIDOS**  
**DNI N° N° de DNI.**

**Nota:** Para llenar el formulario haga clic con el ratón en la casilla respectiva y escriba los datos.