**CIPCN-ISS-FO-O2 / V.1 (29/11/2023)**

 Fecha (1)……………………………..……………………………………..….

Consejo Departamental de …………….………………………………….

SUMILLA: **SOLICITO ASIGNACIÓN POR INCAPACIDAD PERMANENTE DEL TITULAR**

**Ingeniero**

**SEGUNDO EDUARDO REUSCHE CASTILLO**

**Presidente del**

**Instituto de Servicios Sociales (ISS)**

**Colegio de Ingenieros del Perú**

**Av. Arequipa N.° 4947 – Lima 18**

**Lima.-**

Yo, (2) …………………………………………………………………………………………………………, con Reg. CIP N.° …………………………., identificado con DNI N.° ………………………………………., edad ………… domiciliado en ……………………………….………………………………….., distrito de ……………………………………………………, provincia de ………………………………………………, departamento de ……………………………………………………………, con correo electrónico ……………………………………………………………………….., teléfono fijo …………………………….. (Indicar código de la ciudad) y teléfono celular N.° …………………..……………………….., adscrito al Consejo Departamental de …………………………………………………………….…….., comunico a usted que me encuentro con diagnóstico ……………………………………………., lo que ha originado mi incapacidad permanente o enfermedad terminal, conforme lo ha determinado el Dr. ……………………………………………………………………………………, del ……………………………………………………….. (Indicar centro de salud y dirección)

Para tal efecto, adjunto lo siguiente: (marcar con X los documentos que presenta)

Certificado Médico de fecha reciente, no mayor de tres (3) meses que señale la incapacidad permanente o enfermedad terminal del Titular.

f

Copia del Informe Médico, de fecha reciente

Constancia, certificado de trabajo o documento fidedigno que demuestre que el ingeniero veía trabajando hasta que la causal que generó la incapacidad permanente le impidió seguir laborando.

Reporte Histórico de aportaciones realizadas por el titular, documento proporcionado por el Consejo Departamental respectivo.

Asimismo, comunico que, de aprobar mi solicitud, podrán depositarlo a mi Cuenta de Ahorro N.° y Código de Cuenta Interbancaria N.°  del Banco …………………………

FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nombres y apellidos completos)

Al suscribir el presente documento, declaro la veracidad de la

información y documentación proporcionada, caso contrario

me haré acreedor a las sanciones que la ley establezca.

 (Huella digital legible)

1. **Indicar: Lugar, día, mes y año.**
2. **Colocar nombre completo del solicitante**