



**\*\*UNICAMENTE PARA TRÁMITE DE ESTUDIO POR REBAJO DE  
INCAPACIDADES**

Fecha: \_\_\_\_\_

Yo \_\_\_\_\_

cédula \_\_\_\_\_

especialidad \_\_\_\_\_ Grupo profesional \_\_\_\_\_

Institución \_\_\_\_\_

Teléfono de la institución \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

Teléfono de habitación \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**ESTUDIO DETALLADO DE REBAJOS POR INCAPACIDAD**

\_\_\_\_\_

Firma y N° de cédula

SE RESUELVE:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_