



SOLICITUD DE REINICIO DE ACTIVIDAD

Fecha: _____

Apellidos, Nombres: _____

Documento: _____ Nro. Afiliado: _____

Fecha de Reinicio: _____

Inactividad finalizada: _____

Motivo de Reinicio: _____

Actividad Notarial sin presentar a control del Instituto: _____

Si existe actividad notarial sin presentar, se compromete a presentarla a control del Instituto dentro del plazo de 10 días.

En caso de optar por el ingreso al Hospital Británico (SNS), es obligatorio un examen por parte de éste, a fin de determinar si será o no admitido y suscribir la documentación correspondiente.

Firma: _____

Funcionario receptor: _____

Fecha recibido: _____