

**SOLICITUD DE**  
**SUBSIDIO POR NACIMIENTO**

**DASO**

Córdoba, ..... de ..... de 20.....

Sr. Secretario de Acción Social de FOPC

S. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D.

De mi mayor consideración:

El/la que suscribe:

Apellido y Nombre: .....M.P...../.....

Socio/a del Círculo Odontológico.....

Tiene el agrado de dirigirse a Ud., a fin de solicitar se considere el pedido de **subsidio por nacimiento** de mi/s hijo/s.....

..... nacido/s el ...../...../.....

Acompaño acta legalizada de nacimiento/adopción, expedida por .....

.....

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

.....

Firma

**Requisitos para ser beneficiario/a del subsidio**

- 1) El/la odontólogo/a deberá tener una antigüedad mínima y continuada de seis meses en el Padrón de Prestadores de la FOPC.
- 2) El trámite debe realizarse dentro de los 60 (sesenta) días de producido el nacimiento.
- 3) Si a consecuencia del parto nace más de una criatura (nacimiento múltiple), cada una de ellas generará derecho a la asignación.
- 4) En caso de producirse el parto de una criatura muerta corresponde el cobro, siempre que el embarazo haya tendido una duración mínima de 180 días (plazo mínimo establecido por el Código Civil para considerarlo nacimiento). En ese supuesto puede tramitarse el cobro presentándose la partida de defunción, sino se hubiera obtenido la de nacimiento.
- 5) El monto a percibir será de 30 (treinta) consultas Estructura de Costos.
- 6) Este subsidio invalida el subsidio por enfermedad otorgado a la misma persona.

Autorizado:.....

Fecha: ...../...../.....