

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ASISTENCIA FAMILIAR

Para ser llenado por el Solicitante

Beneficiario: M.P...../.....

Domicilio particular:

Domicilio profesional:

Socio del Círculo Odontológico.....

Tiene el agrado de dirigirse al **Sr. Secretario de Acción Social de la FOPC**, a fin de solicitar se considere la presente solicitud de Subsidio por Asistencia Familiar.

Vínculo con la persona a cargo que sufre el padecimiento:

Fecha de presentación:/...../..... Firma:

Aclaración:

Para ser llenado por el Médico Tratante

CERTIFICO que padece de por lo que se indica reposo, por un período de convalecencia y/o rehabilitación de días, a partir de la fecha/...../..... .

INFORME MEDICO (puede ser confidencial por separado):

TRATAMIENTO INDICADO:

Firma y sello médico tratante:

Para ser llenado por el Circ. Odont.

CERTIFICO que los datos que anteceden son exactos y han sido constatados según documentación obrante en este Círculo Odontológico.

Firma y Sello **Circulo Odontológico:**

Para ser llenado por DASO

El subsidio rige desde:/...../..... hasta:/...../.....

Monto a abonar: \$

Fecha aprobación del subsidio:...../...../.....

Firma y sello DASO FOPC:

IMPORTANTE: La incorporación al Subsidio por Asistencia Familiar significa la aceptación explícita del reglamento y las normas que se establezcan, así como también a que el paciente se somete a los exámenes médicos, juntas médicas, exámenes complementarios, etc., que se dispongan por DASO y/o los profesionales que él designe. La negativa a brindar estos requisitos implica la separación automática del beneficiario y la pérdida de los beneficios del sistema

El hecho de reintegrarse a cargos públicos o privados, de atender los intereses odontológicos o extra odontológicos (negocios, campos, etc.) por parte del profesional solicitante, se interpretará como indicador de la finalización de la causa que originó el subsidio y por lo tanto, provocará el cese del mismo.

El subsidio acordado podrá percibirse hasta un mínimo y un máximo de treinta (30) días corridos.

Para ser llenado por Auditoria Medica

INFORME DE AUDITORIA MÉDICA

Corresponde: SI NO

Observaciones:

.....

.....

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

Firma y sello Auditoria Medica:
