



FEDERACION ODONTOLOGICA
DE LA PROVINCIA DE CORDOBA

SOLICITUD DE
SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

DASO

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

Domicilio particular:

Domicilio profesional:

Socio del Círculo Odontológico.....

Cargo en relación de dependencia:

Tiene el agrado de dirigirse al Sr. Secretario de Acción Social de la FOPC, a fin de solicitar se considere el pedido de

.....

Fecha de presentación:/...../.....

.....

Firma

.....

Aclaración de firma

CERTIFICO que el Dr.

padece de

por lo que se ve imposibilitado a desarrollar tareas desde el día

previando un período de convalecencia y/o rehabilitación de días,

a partir de la fecha/...../.....

INFORME MEDICO (1):

.....

.....

TRATAMIENTO INDICADO:

.....

(1) el informe médico puede ser confidencial por separado.

Para ser llenado por el médico tratante.

(No llenar lo que no corresponde)

.....

Firma y sello médico tratante

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

Sello

.....

Presidente Círculo

porcentaje

Tiempo:

rige desde:/...../..... **vence:**/...../.....

Monto a abonar:

Fecha aprob. del subsidio:...../...../.....

Para ser llenado por DASO

.....
Firma y sello

.....
firma y sello

IMPORTANTE

1. La incorporación al Subsidio por Enfermedad significa la aceptación explícita del reglamento y las normas que se establezcan, así como el someterse a los exámenes médicos, juntas médicas, exámenes complementarios, etc., que se dispongan por DASO y/o los profesionales que él designe. La negativa a someterse a estos requisitos implica la separación automática del beneficiario y la pérdida de los beneficios del sistema,
2. El hecho de reintegrarse a cargos públicos o privados, de atender sus intereses odontológicos o extra odontológicos (negocios, campos, etc.) se interpretará como indicador de la finalización de la causal que originó el subsidio y por lo tanto, provocará el cese de dicho subsidio.
3. El subsidio acordado podrá percibirse hasta un máximo de noventa día corridos.

INFORME DE AUDITORIA MEDICA

Corresponde SI NO

Observaciones:
.....
.....
.....

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

Para ser llenado por Auditoría Médica

.....
Médico Auditor
