SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ASISTENCIA FAMILIAR - DASO

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:_____

_____

Por la presente, autorizo de manera expresa a la Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba (FOPC) y/o a DASO a compensar y descontar del importe que corresponda liquidarme en concepto del presente beneficio, todo saldo adeudado que registre ante la institución al momento del efectivo otorgamiento y/o acreditación del beneficio.

Fecha de presentación: ____/____/_____

Firma: _____

Aclaración: _____

Para ser llenado por el Médico Tratante

CERTIFICO que _____ padece _____ 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 Circulo Odontológico

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

Firma y sello Círculo 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.

INFORME DE AUDITORIA MÉDICA
Corresponde: SI [ ] NO [ ]

Observaciones: _____

_____

_____

Fecha: ____/____/_____

Firma y sello Auditoría Médica: _____