SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD - DASO

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 el pedido de subsidio por enfermedad de acuerdo a lo indicado en el certificado médico que se incluye en el presente.

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: _____/_____/_____

Firma: _____

Aclaración de firma: _____

Para ser llenado por el médico tratante (No llenar lo que no corresponde)

CERTIFICO que el/la Od._____ padece de _____ por lo que se ve imposibilitado a desarrollar tareas previendo 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.

Firma y sello médico tratante: _____

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

Sello y Firma de Presidente Círculo: _____

Para ser llenado por DASO

Tiempo: _____

Rige desde: ____/ ____/ _____ vence: ____/ ____/ _____

Fecha aprob. del subsidio: ____/ ____/ _____

Firma y sello DASO: _____

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: _____/_____/_____

Firma y sello del médico auditor_____