SOLICITUD DE SUBSIDIO POR NACIMIENTO - DASO

Sr. Secretario de Acción Social de FOPC
S. / D.
De mi mayor consideración:
El/la que suscribe:

Apellido y Nombre:_____

Socio/a del Círculo Odontológico: _____M.P.:_____

Córdoba, ____ de _____ de 20_____ 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_____
_____

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.

Sin otro particular, saludo a Ud. muy atte.

Firma y sello del odontólogo_____

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 por FOPC:..... Fecha: .....