



FEDERACION ODONTOLÓGICA  
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

---