



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO**
DE LA PROVINCIA DE **CÓRDOBA**

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

Córdoba,//

Sres. del Consejo Directivo

Por medio de la presente, en mi calidad de matriculado, solicito se me otorgue el beneficio correspondiente al subsidio por enfermedad.

1- Datos del solicitante:

M.P.:.....

Apellido/s.....

Nombre/s

Teléfono Particular

Celular

e-mail

.....
Firma

.....
Aclaración

.....
Tipo y N° de Documento



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO**
DE LA PROVINCIA DE **CÓRDOBA**

CERTIFICADO MEDICO

El médico que suscribe.....

M.P. N°:....., especialista en.....

certifica que ha examinado a:

de.....años de edad, D.N.I. N°:..... domiciliado/a en:.....

.....,

habiendo constatado lo siguiente:

.....

.....

.....

.....

.....

Síntesis diagnóstica:.....

Pronóstico:.....

Tiempo de recuperación laboral estimada:.....

Porcentaje de incapacidad laboral actual:.....%.

Tratamiento actual:.....

Tratamiento aconsejado:.....

Para ser presentado al Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba.

.....

Lugar y Fecha

.....

Firma y Sello

