



## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

....., .....de.....de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA  
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS  
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Dr. ....

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D

De mi consideración:

Quien suscribe.....  
odontóloga afiliada N° .....con domicilio real en calle.....  
N°..... de la localidad de....., teléfono fijo.....,  
teléfono celular....., correo electrónico.....y  
domicilio profesional en calle.....  
N°..... de la localidad de ..... de acuerdo a lo  
dispuesto por el artículo 2° del Reglamento de SUBSIDIO POR MATERNIDAD, cumple en dirigirse al  
Señor Presidente con el objeto de denunciar que el día..... de.....del  
....., se produjo el nacimiento/adopción de su  
hijo/a.....según consta en el  
certificado/testimonio de sentencia/oficio que se acompaña al efecto, solicitando se le acuerde el  
subsidio respectivo.

Saludo a Ud. atentamente.-

**IMPORTANTE:** Se deberá adjuntar a la presente **Certificado de Nacimiento**. En caso de adopción se deberá  
adjuntar **testimonio de la sentencia firme de adopción o copia autenticada del oficio que libre el Juzgado al  
Registro de las Personas.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN			
FECHA DE ENTRADA		NÚMERO DE AFILIADO			
					-
OF. R	CÓDIGO	T.F.			
0	3	A	P	4	