



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD

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

SR./A PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Dr./Dra.

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 Reglamento de SUBSIDIO POR MATERNIDAD, el que declaro conocer y consentir en un todo, incluyendo las modificaciones que se hayan realizado a la fecha de la presente, cumple en dirigirse al/a la Señor/a 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/documentación de adopción internacional, 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**. En caso de adopción internacional se deberá adjuntar **copia certificada y legalizada del o de los actos por los que la adopción le fue otorgada, para que sean válidas en la República Argentina (Por ej. mediante Apostilla de la Haya)**. De encontrarse en idioma extranjero deberá además presentar las traducciones de dicha documentación, efectuadas por traductor público matriculado, con la correspondiente firma y sello del mismo.

FIRMA

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