



## CERTIFICADO de Atención del Discapacitado

El que suscribe, en su carácter de (administrador, Director, Secretario) de .....  
 .....  
 (denominación de la Institución)

Con Sede en la calle ..... de la localidad de .....  
 certifica que en la mencionada entidad se atiende a .....  
 hijo de don ..... y de doña .....  
 ....., nacido el ...../...../.....

El que se encuentra afectado de .....  
 Realizando en esta Institución el siguiente tratamiento de rehabilitación: .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

La atención que se dispensa a la mencionada persona lo es a los efectos de su rehabilitación. En fe de lo cual y para su presentación ante la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, expido el presente certificado que sello y firmo en la ciudad de ..... a los ..... días del mes de ..... de 20.....-

\_\_\_\_\_

FIRMA

**SELLO DE LA INSTITUCION**

\_\_\_\_\_

ACLARACIÓN

**IMPORTANTE:** Si el discapacitado no concurre a escuelas o instituciones especiales para su rehabilitación, deberá completar el formulario el profesional que lo asiste en la misma.

D.T.O.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN
FECHA DE ENTRADA	NÚMERO DE AFILIADO	
OF. R	CÓDIGO	T.F.
0 3	A P O	