



## DECLARACIÓN JURADA PARA SUBSIDIO DE HIJO DISCAPACITADO DEL AFILIADO

.....de.....de 20.....

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

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

De mi consideración:

Quien suscribe.....Odontólogo o Jubilado/a  
o Pensionado/a N°.....,con domicilio real en  
calle.....N°.....de la localidad de  
.....Documento de Identidad N°....., teléfono  
fijo.....,teléfono celular....., correo  
electrónico....., **DECLARA** bajo juramento que conforme los  
términos de lo dispuesto por el Reglamento de Subsidio para Hijos Discapacitados del Afiliado de la  
Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, **tiene a su cargo a su  
hijo/a discapacitado/a**.....

Saludo a Ud. atentamente.-

**IMPORTANTE:** A continuación transcribimos el artículo 2º del Reglamento de Subsidio para Hijos Discapacitados del Afiliado: “El Subsidio se otorgará por períodos anuales, desde la fecha de solicitud del beneficio, hasta que el hijo cumpla los **21 años** de edad, siempre y cuando cumplimente los demás requisitos exigidos por el presente reglamento...”

**QUEDO DEBIDAMENTE NOTIFICADO**

.....

FIRMA

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