

**Form. de constitución en Depositario a título gratuito.**

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

Manifiesto por la presente que se ha acompañado digitalmente la documentación correspondiente para la solicitud del siguiente beneficio:

..... -

Que, respecto de la documentación original necesaria, y ante el contexto de aislamiento social obligatorio determinado por el Gobierno Nacional y Provincial, el suscripto acepta convertirse en **depositario a título gratuito** en los términos de los Arts. 1356, 1357 –*a contrario sensu*–, 1358 y conchs. del Código Civil y Comercial de la Nación; comprometiéndose de manera inexorable a acercar la misma a la Sede o Distrito correspondiente de la Caja en el plazo de 30 días desde la apertura de las puertas de esta entidad, lo que será comunicado mediante el sitio web de la institución; bajo pena de tener por desistida la solicitud.

Asimismo, se compromete a firmar los formularios correspondientes y acreditar identidad ante el personal de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, en el mismo plazo y con los mismos efectos que el apartado anterior.

La Caja se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

---

Firma

---

Apellido y Nombre

---

D.N.I.

---

Número de Afiliado (Matrícula Provincial)