



Solicitud de Subsidio por Fallecimiento de Afiliados con Antigüedad Profesional menor de diez años

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

SR. PRESIDENTE DE LA
CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
S _____ / _____ D

De mi consideración:

El/La que suscribe con domicilio real en calle....., N°..... de la localidad de....., teléfono fijo....., teléfono celular....., correo electrónico....., beneficiario del Dr./Dra..... afiliado/a N°..... del distrito....., de acuerdo con lo dispuesto por los artículos 1º y siguientes del Reglamento respectivo, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se le acuerde el Subsidio por fallecimiento de afiliados con antigüedad profesional menor a diez años.

A tal fin adjunto:

- a) Certificado de Matrimonio con fecha de expedición posterior al fallecimiento del afiliado/a y/o Certificado de nacimiento de los hijos menores de 21 años y/o Certificado Oficial de Discapacidad en caso de hijos incapacitados.
- b) Documentación destinada a acreditar la convivencia con el afiliado/a, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de Pensiones.
- c) Certificado de Fallecimiento del/la afiliado/a.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.-

FIRMA

CERTIFICO: Que he tenido a la vista el Documento N°..... del solicitante del subsidio y que sus datos concuerdan con los expuestos precedentemente.

DOY FE.