



**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR MATERNIDAD
(Trámite Digital)**

Lugar y fecha: de de 20.....

**Sr./a Presidente de la Caja de
Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires**

S / **D:**

De mi consideración:

Quien suscribe.....
odontóloga afiliada N°con domicilio real en calle.....
N°..... de la localidad de....., teléfono fijo....., teléfono
celular....., 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.

Documentación Necesaria: Se deberá adjuntar a la presente **Partida de Nacimiento expedida por el Registro de las Personas**. 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.

Presentación del Trámite: El trámite deberá enviarse exclusiva e inexcusablemente a la dirección de correo electrónico: tramitesonline@cajaodo.org.ar.

El envío a cualquier otra dirección de correo electrónico, inclusive perteneciente a la institución, será rechazado y el trámite no se tendrá por presentado. Los plazos previstos por la Reglamentación deberán cumplirse con la presentación ante la dirección de correo electrónico arriba enunciada.

Firma y Aclaración de la Afiliada

(El presente formulario continúa al dorso)



Constitución de Domicilio Electrónico:

CORREO ELECTRONICO:

Constituyo el correo arriba indicado como domicilio electrónico, aceptando que allí se envíen todas las notificaciones sucesivas por parte de la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, sin poder desconocer la recepción de las notificaciones allí cursadas. Me comprometo a revisar diariamente la bandeja de entrada de mi correo electrónico arriba denunciado, como así también las bandejas de spam, correo no deseado, y/o toda otra en la que pudiera recibir las notificaciones de parte de la Caja. Acepto que las notificaciones dirigidas a mi domicilio electrónico serán fehacientes y válidas.

Constitución como Depositario de la Documentación presentada:

Manifiesto que el presente formulario ha sido digitalizado y enviado electrónicamente, siendo auténtica la firma rubricada al pie del presente.

Acepto convertirme en depositario a título gratuito de la documentación original, presentada digitalmente (en los términos de los Arts. 1356 y ss. del Cód. Civ. y Com. de la Nación), por el término de un (1) año desde la fecha de presentación del trámite ante la Caja por vía digital. Se me ha indicado, entiendo y acepto que la falta de presentación ante la solicitud podrá acarrear la pérdida del beneficio, y las sanciones que oportunamente determine el H. Directorio de la Institución. Acepto que el requerimiento de la documentación original se realice al domicilio electrónico constituido en este formulario. Asimismo, en dicha oportunidad certificaré mis firmas frente a personal de la Caja.

Declaro que la firma en los formularios correspondientes me pertenece y que la presente solicitud ha sido realizada en pleno uso de mis facultades mentales, responsabilizándome personalmente de cualquier daño que la falsedad en dicha declaración acarree en forma alguna a la Caja.

Se me ha informado y acepto que:

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva el derecho de no aceptar los formularios y documentación acompañada digitalmente o en papel si existieran dudas sobre la autenticidad y/o veracidad de los mismos.

La Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires se reserva las acciones legales correspondientes en caso de cometerse, por esta u otra vía, cualquier daño o perjuicio en su contra.

Firma y Aclaración de la Afiliada

Matrícula de la Afiliada

(El presente formulario continúa en la siguiente página)

Forma de Pago: En caso de ser otorgado el beneficio solicitado, se me ha informado debidamente que la forma de pago es exclusivamente a través de imputación de los montos derivados del Subsidio a las Boletas de Aportes contemplados en la Ley Provincial N° 8.119 (y modificatorias), que se emitan con posterioridad a la Aprobación del Subsidio solicitado.

Entiendo y acepto que la solicitud y/u otorgamiento del Subsidio **no me exime de abonar las Boletas de Aportes correspondientes**. Es mi obligación controlar periódicamente el estado de las mismas, y abonarlas en caso de ser necesario.

Otorgado el Subsidio, se emitirán Boletas de Aportes contemplando el descuento correspondiente a partir del próximo período a emitir. En ningún caso se eximirá de abonar las boletas ya emitidas.

Firma y Aclaración de la Afiliada

Matrícula de la Afiliada