



**RENOVACIÓN DE SUBSIDIO PARA HIJOS DISCAPACITADOS DEL AFILIADO  
(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.....

Afiliado/a N° ....., con domicilio real en  
calle.....N°..... de la localidad  
....., teléfono fijo.....,  
teléfono celular ....., de acuerdo a lo dispuesto por el Reglamento de **Subsidio**

**para Hijos Discapacitados del Afiliado**, el que declara conocer y consentir en todos sus términos, incluyendo las modificaciones realizadas al mismo vigentes a la fecha, se presenta con el objeto de solicitar se **RENUOVE el Subsidio oportunamente otorgado** .

**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 del Afiliado/Solicitante

## Certificado de Atención al Discapacitado

**IMPORTANTE:** La presente página debe completarse y firmarse por el Profesional o Representante de la Institución que interviene en la rehabilitación. Debe presentarse UNO POR CADA PROFESIONAL O INSTITUCION. Puede imprimirse tantas veces como sea necesario.

El que suscribe, en su carácter de (Profesional encargado de la rehabilitación, 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/hijo adoptivo de ..... y de .....

....., 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

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello de Profesional y/o Institución