



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000  
www.colodontcba.org.ar  
TE/Fax: 0351-4224209/4251653

**Planilla de Designación del**  
**Beneficiario del subsidio por fallecimiento**  
**Fondo de Ayuda Solidario**

De mi consideración:

El/la que suscribe Odontólogo/a .....  
.....MP N°..... D.N.I. N°..... domiciliado/a en  
calle.....N°..... Piso ..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP.....  
Tel.....e-mail.....  
designo para dicho fondo como beneficiario/a a las siguientes personas con sus  
respectivos porcentajes:

1.-Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel .....  
Porcentaje del subsidio:.....%

2.- Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel .....  
Porcentaje del subsidio:.....%

3 Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel .....  
Porcentaje del subsidio:.....%

Lugar y fecha.....

.....  
Firma del Odontólogo

Certifico que la firma que antecede fue puesta Ante Mi.

.....  
Firma de Autoridad o  
Escribano

Certificación por autoridad del Colegio o Escribano Público.-



Coronel Olmedo 29/35 - Córdoba - 5000  
www.colodontcba.org.ar  
TE/Fax: 0351-4224209/4251653

**Planilla de Designación del**  
**Beneficiario del subsidio por fallecimiento**  
**Fondo de Ayuda Solidario**

De mi consideración:

El/la que suscribe Odontólogo/a .....  
.....MP N°..... D.N.I. N°..... domiciliado/a en  
calle.....N°..... Piso ..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP.....  
Tel.....e-mail.....  
designo para dicho fondo como beneficiario/a a las siguientes personas con sus  
respectivos porcentajes:

1.-Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel .....  
Porcentaje del subsidio:.....%

2.- Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel .....  
Porcentaje del subsidio:.....%

3 Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad..... CP..... Tel .....  
Porcentaje del subsidio:.....%

Lugar y fecha.....

.....  
Firma del Odontólogo

Certifico que la firma que antecede fue puesta Ante Mi.

.....  
Firma de Autoridad o  
Escribano

Certificación por autoridad del Colegio o Escribano Público.-