



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO**
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR EMBARAZO

Córdoba,.....//

Sres. del Consejo Directivo

Por medio de la presente, en mi calidad de matriculado, solicito se me otorgue el subsidio por embarazo para acreditar la eximición de la cuota de colegiación durante seis (6) meses. Adjunto a esta solicitud fotocopia del certificado médico.

1- Datos del solicitante:

MP.....

Apellido/s.....

Nombre/s

Teléfono Particular

Celular

e-mail

3- Generalidades

- a) Certificado médico de embarazo donde conste veinte (20) semanas de gestación
- b) Si hubiera interrupción del embarazo, se tomará posterior a las veinte (20) semanas de gestación presentando certificado médico donde conste causa de la interrupción y tiempo de gestación.
- c) Los subsidios que no sean solicitados dentro de los 45 días que conste las veinte (20) semanas de gestación, perderán su vigencia, no pudiendo efectuarse reclamo de ninguna naturaleza en fecha posterior.

Firma

Aclaración

Nº DNI