



**COLEGIO  
ODONTOLÓGICO**  
DE LA PROVINCIA DE **CÓRDOBA**

**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR NACIMIENTO O ADOPCIÓN**

Córdoba,...../ ...../ .....

Sres. del Consejo Directivo

Por medio de la presente, en mi calidad de matriculado/a, solicito se me otorgue el subsidio por nacimiento. Adjunto a esta solicitud fotocopia de la partida de nacimiento y del DNI del recién nacido.

**1- Datos del solicitante:**

MP.....

Apellido/s.....

Nombre/s .....

Teléfono Particular .....

Celular .....

e-mail .....

**2- Otros datos:**

Apellido/s hijo/a recién nacido .....

Nombre/s hijo/a recién nacido .....

Fecha del nacimiento: ...../ ...../ .....

**3- Generalidades**

- a) Se otorgará un único subsidio por cada nacimiento.
- b) Para ser beneficiario de este subsidio el matriculado/a deberá contar con una antigüedad mínima de 12 meses a la fecha del nacimiento y estar al día con todas las cuotas de colegio.
- c) Los subsidios que no sean solicitados dentro de los 60 días subsiguientes al nacimiento, perderán su vigencia, no pudiendo efectuarse reclamo de ninguna naturaleza en fecha posterior.
- d) La presentación de esta solicitud sin fotocopia de la partida de nacimiento y del DNI será nula.
- e) El subsidio deberá ser cobrado dentro de los sesenta (60) días de presentada la solicitud, de lo contrario el mismo caducará.

Firma

Aclaración

DNI