



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

### **SOLICITUD DE SUBSIDIO POR RETIRO**

Aprobado por Asamblea General Ordinaria de fecha 20/05/2016 – Acta N° 106

Córdoba, a los..... días del mes de ..... del año.....

Sres. Colegio Odontológico:

Por medio de la presente, en mi calidad de beneficiario, solicito el otorgamiento del subsidio por retiro. Adjunto a la solicitud fotocopia de DNI, copia de resolución de baja de matrícula demás documentos solicitados.

#### DATOS DEL ODONTÓLOGO

- Apellido:
- Nombres:
- N° de MP:
- Teléfono Particular:
- Teléfono Celular:
- Correo Electrónico:
- Dirección:

#### DATOS DEL BENEFICIARIO EN CASO DE FALLECIMIENTO

- Apellido:
- Nombres:
- Teléfono:
- DNI:

#### GENERALIDADES

- a- Se otorgará por única vez.
- b- Se abonará dentro de los cuarenta y cinco (45) días de haber presentado la solicitud.
- c- El subsidio deberá ser cobrado dentro de los sesenta (60) días corridos a partir de la fecha de asignación del mismo, no pudiendo efectuar reclamos de ninguna naturaleza una vez vencido el plazo.
- d- Solicitud presentada sin la documentación requerida no tendrá validez.
- e- Antigüedad mínima requerida de treinta (30) años como colegiado y debe haber abonado la cuota de colegiación. Cuando se cancele la matrícula para poder acogerse a la jubilación por invalidez la antigüedad mínima será de un (1) año ininterrumpido.

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN

.....  
DNI