

## SOLICITUD DE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO.

Córdoba, ...../ ...../ .....

Sres. del Consejo Directivo, en mi calidad de beneficiario, solicito el otorgue del subsidio por fallecimiento. Adjunto a la solicitud fotocopia de DNI del beneficiario y fotocopia de la partida de defunción.

### **1 - Datos del Odontólogo:**

M.P.: \_\_\_\_\_

Apellido/s: \_\_\_\_\_

Nombre/s: \_\_\_\_\_

### **Datos beneficiario/s**

\_1. Sr.....D.N.I. N°.....  
domiciliado/a en calle..... N°..... Piso.....  
Dpto..... Barrio..... Ciudad ..... CP..... Tel  
.....

2. Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad ..... CP..... Tel .....

3. Sr.....D.N.I. N°..... domiciliado/a  
en calle..... N°..... Piso..... Dpto.....  
Barrio..... Ciudad ..... CP..... Tel .....

**El colegio abonara el Subsidio los primeros días del mes siguiente de presentada la solicitud. Adjuntar a la documentación la constancia de CUIT y CBU emitida por la entidad bancaria.** Las vías de entrega de la documentación pueden ser Presencial en la Calle Coronel Olmedo 35, Barrio Alberdi (Córdoba); o vía mail, [ayudasolidaria@colodontcba.org.ar](mailto:ayudasolidaria@colodontcba.org.ar). En el caso que no se presente toda la documentación necesaria, será causante del RECHAZO DEL SUBSIDIO.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Tipo y N° de Documento