



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD TEMPORARIA

Lugar y Fecha:

Señor Presidente
Del C.O.
Dr.
S. / D
De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ud. con el fin de requerirle, tenga a bien, elevar a la Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires la presente solicitud de Subsidio por Incapacidad Temporaria acompañando a los efectos pertinentes los certificados y/o historia clínica extendidos por el profesional actuante.

ENTIDAD PRIMARIA

CODIGO

PROFESIONAL

MATRICULA

FECHA DE INCAPACIDAD

DURACION ESTIMADA

DIAS

MEDICO INTERVINIENTE

Asimismo dejo constancia que una vez finalizada mi incapacidad le haré llegar mi certificado de ALTA pertinente.

**DELEGADO DE AREA O
PRESIDENTE
DE ENTIDAD PRIMARIA**

FIRMA DEL PROFESIONAL