



**COLEGIO  
ODONTOLÓGICO**

DE LA PROVINCIA DE CATAMARCA

**SOLICITUD DE SUBSIDIOS POR EMBARAZO**

CATAMARCA,...../...../.....

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 cuatro (4) meses. Adjunto a esta solicitud fotocopia del certificado médico.

**1. – Datos del solicitante:**

MP.....

Apellido /s .....

Nombre /s.....

Teléfono Particular.....

Celular.....

e-mail.....

Nº de cuenta y C.B.U.....

**2. – Generalidades**

- a) Certificado médico de embarazo donde conste veinte (20) semanas de gestación
- b) Si hubiera interrupción del embarazo, se tomara 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 en las veinte (20) semanas de gestación, perderán su vigencia, no pudiendo efectuarse reclamo de ninguna naturaleza en fecha posterior.
- d) El monto del subsidio por embarazo, se otorga por única vez y consta al equivalente de treinta y tres (33) órdenes de consulta del OSEP en su categoría más alta.
- e) Una vez acreditado el embarazo de veinte (20) semanas de gestación el Colegio de Odontólogos de Catamarca tiene sesenta días para ejecutar el pago del mismo.

FIRMA

ACLARACION

Nº D.N.I