



## 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**