

# SOLICITUD SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO

FECHA ...../...../ .....

Sr/a. Presidente del  
Colegio de Odontólogos de la  
Provincia de Bs. As. – Distrito I  
S/D

De mi consideración:

El/La que suscribe .....  
con DNI N°....., domiciliado en la calle  
....., Teléfono .....  
de la localidad/partido de....., tiene el agrado de  
dirigirse a usted en carácter de Familiar/Apoderado/Tercero del Dr./Dra:  
..... MP ....., a fin de solicitar  
el beneficio por Subsidio de Fallecimiento del matriculado mencionado.

A tal fin, adjunto a la presente, certificado de defunción y/o copia de documentación personal para la correspondiente tramitación.

Que para el caso de aprobarse el mismo, y serme concedido, me comprometo de manera personal e irrevocable a dar cumplimiento en un todo con las normas correspondientes al orden público sucesorio (arts. 2277, 2278, 2280, 2353, 2444, sgtes. y ccdtes. del Código Civil y Comercial de la Nación), deslindando la responsabilidad del Colegio otorgante.

Sin otro particular, saludo a usted muy atte.

.....  
FIRMA Y ACLARACIÓN