

CAJA DE PREVISION SOCIAL ODONTOLOGICA DE RIO NEGRO (CPSORN)

SOLICITUD DE BENEFICIO PREVISIONAL

Subsidio por Incapacidad Temporal Absoluta.

Subsidio por Incapacidad Parcial Permanente.

Subsidio por Incapacidad Total Permanente.

DATOS PERSONALES DEL AFILIADO.

Apellido(s):.....

Nombre(s):.....

Fecha Nacimiento:...../...../..... Sexo:..... Nacionalidad:

Tipo Documento:.....Nº:.....

Número de Afiliado..... C.U.I.T/ C.U.I.L/ C.D.I Nº.....

Matrícula Nº

Estado Civil:.....Teléfono / Celular:.....

DOMICILIO PROFESIONAL

Dirección:.....

Localidad:.....Código Postal:.....Provincia:.....

Teléfonos:.....

DOMICILIO REAL

Dirección:.....

Localidad:.....Código Postal:.....Provincia:.....

Teléfonos:.....

Dirección E-Mail:.....

Adjuntar a la presente la siguiente documentación:

- a) Certificado Médico extendido por _____ con fecha ___/___/___ en original.
- b) Certificado de cese de actividad profesional durante el período de incapacidad que informo, extendido por el Círculo de _____ o Federación Odontologica de Rio Negro.
- c) Fotocopia DNI del Afiliado.
- d) Estudios Médicos complementarios.

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y SELLO