



CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS Y BIOQUIMICOS DE SALTA

FONDO DE COBERTURA SOCIAL Y ADICIONAL SUBSIDIO POR MATRIMONIO SOLICITUD N°

De acuerdo a lo establecido en el Reglamento del citado Fondo (FOCOB), solicito el pago del subsidio por matrimonio, siendo los datos requeridos los siguientes:

1.- DATOS DEL AFILIADO

Apellido: Nombres:
Profesión: Afiliado N°
Documento: Tipo y N° Fecha Nacimiento:/...../.....
Teléfono (Fijo y/o Celular): Correo Electrónico:

2.- DATOS DEL MATRIMONIO

Nombre y Apellido del Cónyuge:
Casamiento en 1° 2° nupcias. Registro Civil:
Fecha de Matrimonio:/...../.....

3.- DOCUMENTACION PRESENTADA

- * Acta de Matrimonio o copia certificada (actualizada)
- * Fotocopia DNI del afiliado y del cónyuge
- * Certificación cumplimiento de aportes previsionales y al FOCOB. Verificado:

4.- DISPOSICIONES APLICABLES

Tomo conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCOB y las específicas que se transcriben a continuación:

Se acordará a los afiliados activos, por el matrimonio en los términos y condiciones establecidos en el Código Civil y disposiciones complementarias. El valor del subsidio será el equivalente a 70 unidades previsionales. En caso de ser ambos contrayentes, afiliados a la Caja, se liquidará a cada uno de ellos.

El subsidio se podrá liquidar como máximo dos veces por afiliado a lo largo de su afiliación activa.-

Salta

Afiliado:

Aclaración:.....

Recibido por:

5.- RESOLUCIÓN DIRECTORIO Y LIQUIDACION

Verificada la documentación en cuestión y la procedencia del subsidio, se procede a liquidar la suma de \$..... a nombre del afiliado, según Orden de Pago N° y Cheque N°c/Banco Macro

Por el Directorio: