



# 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 FOCO B. Verificado:

### 4.- DISPOSICIONES APLICABLES

Tomo conocimiento y expreso mi conformidad a las disposiciones contenidas en el Reglamento del FOCO B 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 50 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: .....