



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

De mi consideración:

El que suscribe, _____,
con DNI N° _____, domiciliado en la
calle _____ (Tel: _____) de la localidad/partido
de _____, tiene el agrado de dirigirse a usted en carácter de
Familiar/Apoderado/Tercero del Dr./a: _____
(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