

## SOLICITUD DE AYUDAS ECONÓMICAS CON GARANTIAS

Sr. Presidente de la Mesa Directiva

S \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

SOLIC. N°

FECHA

|     |
|-----|
|     |
| / / |

Solicito una ayuda económica por la suma de Pesos \_\_\_\_\_  
(\$ \_\_\_\_\_) amortizable en \_\_\_\_\_ cuotas mensuales en las condiciones establecidas en la Reglamentación vigente, comprometiéndome a suscribir la documentación pertinente cuando lo disponga la Mesa Directiva.

| DATOS DEL SOLICITANTE       |                  |                          |  |
|-----------------------------|------------------|--------------------------|--|
| APELLIDO Y NOMBRES          |                  | ESTADO CIVIL             |  |
| MATRIC. N°                  | DNI N°           | FECHA NAC. / /           |  |
| APELLIDO MAT.               |                  | APELLIDO Y NOMB. CONYUGE |  |
| DOMICILIO PARTIC.           |                  | C.P. y LOC.              |  |
| DOMICILIO PROF.             |                  | C.P. y LOC.              |  |
| CEL. ( )                    | TEL. PARTIC. ( ) | TEL. PROF. ( )           |  |
| E-MAIL:                     |                  |                          |  |
| DATOS DEL PRIMER CO-DEUDOR  |                  |                          |  |
| APELLIDO Y NOMBRES          |                  | ESTADO CIVIL             |  |
| MATRIC. N°                  | DNI N°           | FECHA NAC. / /           |  |
| APELLIDO MAT.               |                  | APELLIDO Y NOMB. CONYUGE |  |
| DOMICILIO PARTIC.           |                  | C.P. y LOC.              |  |
| DOMICILIO PROF.             |                  | C.P. y LOC.              |  |
| CEL. ( )                    | TEL. PARTIC. ( ) | TEL. PROF. ( )           |  |
| E-MAIL:                     |                  |                          |  |
| DATOS DEL SEGUNDO CO-DEUDOR |                  |                          |  |
| APELLIDO Y NOMBRES          |                  | ESTADO CIVIL             |  |
| MATRIC. N°                  | DNI N°           | FECHA NAC. / /           |  |
| APELLIDO MAT.               |                  | APELLIDO Y NOMB. CONYUGE |  |
| DOMICILIO PARTIC.           |                  | C.P. y LOC.              |  |
| DOMICILIO PROF.             |                  | C.P. y LOC.              |  |
| CEL. ( )                    | TEL. PARTIC. ( ) | TEL. PROF. ( )           |  |
| E-MAIL:                     |                  |                          |  |

DESTINO DEL CREDITO: \_\_\_\_\_

De común acuerdo entre los suscriptos y el Colegio de Odontólogos de la Provincia de Santa Fe 2° Circunscripción, se entiende que la falta de pago a su vencimiento de cualquiera de las cuotas lo hará incurrir automáticamente en mora, sin perjuicio del reclamo judicial del monto adeudado y se le iniciará de oficio el expediente de ética correspondiente. **No se dará curso a ninguna solicitud si la misma carece de los datos requeridos, como así también si el solicitante no se encuentra al día con sus obligaciones de acuerdo a la reglamentación de ayudas económicas o tuviera sanción ética vigente.**

\_\_\_\_\_  
SOLICITANTE

\_\_\_\_\_  
PRIMER CO-DEUDOR

\_\_\_\_\_  
SEGUNDO CO-DEUDOR