

**INFORME INTERNO COLEGIO DE ODONTÓLOGOS**

SOLICITANTE				
ANTIGÜEDAD EN LA MATRÍCULA				
POSEE SANCIONES ETICAS	SI	NO		
ADEUDA MATRICULA	SI	NO		
ADEUDA AYUDA ECONOMICA	SI	NO		
ADEUDA CONVENIO	SI	NO		
DECLARACION JURADA PRESENTADA	SI	NO		
ADEUDA COMPROBANTES POR BECAS	SI	NO		
REUNE TODOS LOS REQUISITOS SOLICITADOS	SI	NO		
			PERIODO DE CARENCIA HASTA EL	/ /
			CORRESPONDE LIQUIDAR	DIAS \$
<b>TOTAL A ABONAR \$</b>				
<b>FORMA DE PAGO</b>				
1º PAGO	/	/	IMPORTE \$	
2º PAGO	/	/	IMPORTE \$	
3º PAGO	/	/	IMPORTE \$	
4º PAGO	/	/	IMPORTE \$	
DIAS DE SUBSIDIO ACUMULADOS EN EL AÑO				
OBSERVACIONES _____				
_____				

INFORME DEL MEDICO AUDITOR	
Certifico que el/la Odontólogo/a _____ Matr. N° _____ /02 ha sido visitado/a por mí el día ____/____/____, verificando lo siguiente _____ _____ _____ por lo cual considero que la afección _____ lo incapacita en forma TOTAL y TRANSITORIA desde el ____/____/____ hasta el ____/____/____.	
_____	_____
FIRMA MEDICO AUDITOR	SELLO

INFORME DEL TESORERO	
RESOLUCION DE MESA DIRECTIVA DEL ____/____/____ Vista la solicitud presentada por el Profesional y cumplidos los trámites reglamentarios y administrativos, se resuelve: <b>APROBAR</b> / <b>NO APROBAR</b> el subsidio solicitado.	
Observaciones: _____ _____ _____	
_____	
TESORERO	