



CERTIFICADO ÚNICO PARA SOLICITAR EL SUBSIDIO
DEL FONDO DE AYUDA SOLIDARIA DEL
COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE MISIONES
(FASCOM)



Posadas, de 20....

Por la presente certifico que el/la Odontólogo/a

MP DNI domiciliado en

ha sido asistido/a por mí el día

Diagnóstico:

.....
.....
.....
.....

Se adjuntan los siguientes estudios:

.....
.....
.....

por lo que se encuentra incapacitado para ejercer su profesión por el término de

.....

Esta constancia se extiende a solicitud de la parte interesada y para ser presentado **únicamente** ante la Comisión del FASCOM del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Misiones.

Firma:

Aclaración:

Mat. Prof: