



### Certificado de Atención al Discapacitado

**IMPORTANTE:** El presente formulario debe completarse y firmarse por el Profesional o Representante de la Institución que interviene en la rehabilitación. Debe presentarse UNO POR CADA PROFESIONAL O INSTITUCION. Puede imprimirse tantas veces como sea necesario.

El que suscribe, en su carácter de (Profesional encargado de la rehabilitación, Administrador, Director, Secretario) de..... (denominación de la Institución), con Sede en la calle ..... de la localidad de ..... certifica que en la mencionada entidad se atiende a

hijo/hijo adoptivo de ..... y de ..... , nacido el ...../...../.....

El que se encuentra afectado de ..... realizando en esta Institución el siguiente tratamiento de rehabilitación: .....

La atención que se dispensa a la mencionada persona lo es a los efectos de su rehabilitación.

En fe de lo cual y para su presentación ante la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, expido el presente certificado que sello y firmo en la ciudad de ..... a los ..... días del mes de ..... de 20.....-

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

\_\_\_\_\_  
Sello de Profesional y/o Institución