



## Solicitud de Maternidad

Lugar y Fecha

**Sr. Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico**

Su Despacho

La Dra.	Documento DNI / LE / LC	Matrícula
Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.		Código Postal
Localidad		Código Postal
Teléfono		eMail

viene a solicitar el beneficio de **Subsidio por Maternidad**, que otorga la Caja exclusivamente a las médicas afiliadas.

A esos efectos, adjunta: **a.** Certificado de Colegiación.

**b.** Certificado de nacimiento del recién nacido.

### Ejercicio Profesional del Solicitante

Asimismo declaro **Bajo Juramento** el ejercicio profesional que desarrollo en el ámbito de la Provincia de Buenos Aires se realiza conforme al siguiente detalle:

#### Consultorio Privado

Domicilio	Días y horarios de atención

#### Ejercicio en Establecimientos Privados, Fábricas, etc.

Institución	Dependiente de	Domicilio	Días y horario de atención

#### Ejercicio a nivel oficial

Establecimiento		
Dependiente de		
Cargo que desempeña	<input type="checkbox"/> Rentado <input type="checkbox"/> Honorario	Desde que fecha
Domicilio: Calle / N° / Piso / Dpto.		Localidad
Días y horario de atención		



## Solicitud de Maternidad

---

Especialidad que ejerce en la Provincia de Buenos Aires:

---

Ejercicio actual de la Profesión fuera de la Provincia de Buenos Aires: (indicar lugares, días de atención y horarios)

---

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en

---

Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto.

Localidad

donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Sin otro particular, saludo a Usted con mi mayor consideración.

---

Firma