



Solicitud de Jubilación por Convenio de Reciprocidad

Fecha _____

**Sr. Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico De la Provincia de Buenos Aires
Su Despacho**

Apellido/s y Nombre/s _____ inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito _____

Matrícula N° _____ Documento DNI / LE / LC _____ CUIT / CUIL _____

nacido el _____ con domicilio real en la localidad de _____

Domicilio particular: Calle / N° / Piso / Dpto. _____ Teléfono _____ eMail _____

se dirige al Sr. Presidente a efectos de solicitar **Jubilación por Cómputo Recíproco** por el período

_____ en el marco del Convenio de Reciprocidad Jubilatoria vigente por la Resolución S.S.S. N° 363/81 y la Ley 18.038 Artículo 56 T.O 1980 modificado por su similar 24.241 que estima le corresponde. Conforme a las disposiciones de la ley 24.241

_____ intervendría en carácter de **Caja Otorgante** _____

y en carácter de **Caja Participante** _____

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir, que debo presentar como prueba de lo antes manifestado para la viabilidad de la presente solicitud.

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 y Aclaración