



Solicitud de Jubilación Extraordinaria

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 señor Presidente a fin de solicitar el beneficio de **Jubilación Extraordinaria**, de conformidad con las disposiciones de la ley 12.207 y su reglamentación que estima le corresponde por encontrarse imposibilitado en forma total y permanente desde el _____ para ejercer la profesión de médico.

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.

Asimismo declaro conocer el impedimento legal de ejercer la profesión de médico en cualquiera de sus formas durante el lapso que gozare de la Jubilación Extraordinaria y me comprometo a comunicar de inmediato a la Caja, por pieza certificada, si recuperara la capacidad de ejercer.

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

Para Uso Exclusivo de la Delegación

Se procedió a designar los integrantes de la Junta Médica que se constituirá a los fines de determinar el grado de incapacidad que le ocasiona la enfermedad sufrida por el Doctor

Fecha

Firma y Sello