



## Solicitud de Jubilación Proporcional a Servicios y Aportes

Fecha

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

El Dr/a 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 el beneficio de Jubilación Proporcional a Servicios y Aportes efectuados, de conformidad con las disposiciones del Artículo 21° inciso "p" y 43° inciso "h" de la ley 12.207 y la Reglamentación correspondiente, aprobada por la Asamblea General Ordinaria de fecha 20-10-01.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la documentación y formalidades que la misma debe cumplir, para la viabilidad de la presente solicitud.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo

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 Ud., muy atentamente.

Firma

**Me notifico en forma expresa que es requisito ineludible para el goce del presente beneficio la cancelación definitiva de matrícula en todas las jurisdicciones del país, siendo por ende, incompatible con cualquier desempeño profesional que en forma directa o indirecta requiera el título de médico (Artículo 6° de la reglamentación citada).**

Firma