



Solicitud de Prórroga por Enfermedad

Lugar y fecha

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

Apellido/s y Nombre/s

Matrícula N°

se dirige al Señor Presidente a fin de solicitar **Prórroga** del beneficio de **Subsidio por Enfermedad** o **Invalidez** (tachar lo que no corresponda) acordado, por continuar incapacitado en forma total para ejercer la profesión de médico. Conforme lo manifestado, adjunto al presente el certificado de mi médico de cabecera en el que consta el período estimado de duración de mi incapacidad.
Sin otro particular, saludo a Usted con mi mayor consideración.

Firma

FP 006 / 3 Rev 001

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