

DECLARACIÓN JURADA DE EJERCICIO PROFESIONAL

El Dr.
Matrícula nº, manifiesta **EN CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA**, que sus servicios profesionales en ámbito de la Provincia de Buenos Aires se efectúan de la siguiente manera:

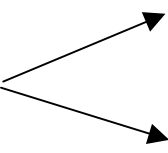
CONSULTORIO PRIVADO

En la localidad de calle.....
Nº.....Piso.....Departamento.....Teléfono.....
Días de atención: Lunes - Martes – Miércoles –Jueves –Viernes –Sábado – Domingo
(Tachar lo que no corresponda)

Horario:.....

EJERCICIO A NIVEL OFICIAL

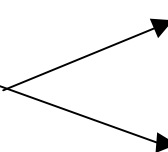
Nombre del establecimiento:.....
Dependiente de....., ubicado en la
localidad de, calle.....Nº.....

Cargo que desempeña  Rentado Con nombramiento
Ad honorem Sin nombramiento

Días de atención: Lunes - Martes – Miércoles –Jueves –Viernes –Sábado – Domingo
(Tachar lo que no corresponda)
Horario:.....

EJERCICIO A NIVEL OFICIAL

Nombre del establecimiento:.....
Dependiente de....., ubicado en la
localidad de, calle.....Nº.....

Cargo que desempeña  Rentado Con nombramiento
Ad honorem Sin nombramiento

Días de atención: Lunes - Martes – Miércoles –Jueves –Viernes –Sábado – Domingo
(Tachar lo que no corresponda)
Horario:.....

FPR 007-0 Rev.001

EJERCICIO PRIVADO EN CLINICAS, SANATORIOS, OTROS ESTABLECIMIENTOS, ETC.:

Nombre de la Institución :.....ubicada en la
localidad de, calle.....Nº.....Días
de atención: Lunes - Martes – Miércoles –Jueves –Viernes –Sábado – Domingo -
(Tachar lo que no corresponda)

Horario:.....

EJERCICIO PRIVADO EN CLINICAS, SANATORIOS, OTROS ESTABLECIMIENTOS, ETC.:

Nombre de la Institución :.....ubicada en la
localidad de, calle.....Nº.....Días
de atención: Lunes - Martes – Miércoles –Jueves –Viernes –Sábado – Domingo -
(Tachar lo que no corresponda)

Horario:.....

ESPECIALIDAD: En jurisdicción de la Provincia de Buenos Aires, ejerzo en la Especialidad de

.....

DECLARO BAJO JURAMENTO que FUERA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ejerzo la profesión de médico en.....

En orden a lo dispuesto por los Arts. 3º y 44º de la Ley 12.207, manifiesta conocer que: “Están comprendidos en las previsiones de esta Ley, los médicos matriculados, colegiados en la Provincia de Buenos Aires, Entidad de Ley correspondiente y debidamente Integrados al Registro Previsional de la Caja, que ejerzan su profesión en ella y que hayan dado cumplimiento a las disposiciones de esta Ley, de su reglamento y de las disposiciones reglamentarias...” “...Sin perjuicio de ello, es requisito indispensable, para invocar el carácter de beneficiario, la actividad profesional en la Provincia, en forma de ejercicio continuo, permanente e ininterrumpido, o en lapsos que sumados completen el período legal, en fecha inmediata anterior a la solicitud de prestación y pagos regulares de todos los aportes que establece esta Ley.”

.....

FIRMA

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi presencia por el/la :

Sr/a.....

DNI Nº.....

.....

Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente
Casa Central o Delegación