

SUBSIDIO POR ENFERMEDAD

Por la presente declaro conocer que si la prueba sobre los servicios declarados resulta contraria a los dichos presentados en carácter de Declaración Jurada, seré responsable de los mismos y de su eventual falsedad, y sancionado sin más trámite con la pérdida del beneficio y el reintegro actualizado con más los intereses correspondientes de los haberes por Subsidio por Enfermedad indebidamente percibidos.

Asimismo, declaro conocer el *impedimento legal de ejercer la profesión de médico en cualquier jurisdicción y en cualquiera de sus formas durante el lapso que gozare del Subsidio por Enfermedad* y me comprometo a comunicar de manera inmediata y fehaciente a la Caja, la recuperación de la capacidad de ejercer.

Dejo establecido, que en caso de rehabilitar mi matrícula, produciendo que fuera mi reintegro al ejercicio profesional antes del plazo de vencimiento del presente subsidio, me comprometo a la devolución inmediata de las sumas indebidamente percibidas. Caso contrario acepto los cargos por actualizaciones de valores e intereses respectivos.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en callenº.....Piso.....Dto.....de la localidad de.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Sin otro particular, saludo a Ud. con mi mayor consideración.-

.....
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

PARA USO EXCLUSIVO DE LA DELEGACIÓN

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

.....
Fecha

.....
Firma y sello