

**JUBILACIÓN POR CONVENIO DE
RECIPROCIDAD**

Solicitud

.....de.....de.....

**SR. PRESIDENTE DE LA CAJA
DE PREVISION Y SEGURO MEDICO
SU DESPACHO**

.....
(nombres y apellidos completos)
inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito.....Matrícula nº.....
L.C. L.E. D.N.I. nº.....nacido el.....de.....de.....
con domicilio real en la localidad de.....calle.....
.....nº.....piso.....depto.....teléfono.....

se dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar **JUBILACIÓN POR CÓMPUTO RECIPROCO**, por el período, en el marco del Convenio de Reciprocidad Jubilatoria vigente por la Resolución S.S.S. nº 363/81 y la Ley 18.038 art. 56 T.O 1980 modificado por su similar 24.241 que estima le corresponde. Conforme a las disposiciones de la ley 24.241..... intervendría en carácter de **Caja Otorgante** **y en carácter de Caja Participante**

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.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio especial en calle.....nº..... piso..... depto..... 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 Y ACLARACIÓN

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

Sr/a.....

DNI Nº.....

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente