

JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA

Solicitud

.....de.....de 201...

Señor Presidente de la Caja
de Previsión y Seguro Médico
SU DESPACHO

.....

(Nombres y Apellido Completos)

inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito, Matrícula.....

L.E.,L.C.,D.N.I....., nacido el, con domicilio real en
la localidad de, calle.....

Nº Piso..... Dpto..... T.E..... se dirige al Señor Presidente a fin de
solicitar el beneficio de **JUBILACION EXTRAORDINARIA**, de conformidad con las disposiciones de
la Ley 12207, que estima le corresponde por encontrarse imposibilitado en forma total y permanente
desde el para ejercer la profesión de médico.

Declaro por la presente haberme notificado acerca de la
documentación y formalidades que debo cumplir y presentar para la viabilidad de esta solicitud.

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 de la Jubilación Extraordinaria, y me comprometo a comunicar de manera inmediata y
fehaciente a la Caja, la recuperación de la capacidad de ejercer.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio
especial en callenº.....Piso.....Dpto.....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

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