

JUBILACIÓN POR EDAD AVANZADA

Solicitud

..... de de

**Sr. Presidente de la
Caja de Previsión y Seguro Médico
de la Provincia de Buenos Aires
S/D**

El Dr/a
....., inscripto en el Colegio de Médicos del Distrito, matrícula nº...../.....,
DNI/LC/LE., nº de CUIL/CUIT, nacido el....., con domicilio real en
la calle N° Piso Dto..... de la localidad de
....., CP Teléfono nº, se dirige al Sr. Presidente a
efectos de solicitar el beneficio de Jubilación por Edad Avanzada, de conformidad con las disposiciones
del art. 21º inc. "p" y 43º inc. "h" de la ley 12.207 y la Reglamentación correspondiente.

Declaro por la presente, haberme notificado acerca de la
documentación y formalidades que debo cumplimentar para la viabilidad de la presente solicitud.

A todos los efectos de la presente, 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., muy atentamente.

.....
Firma

Me notifico en forma expresa que es requisito ineludible para el goce del presente beneficio, la cancelación definitiva de matrícula en ámbito provincial, siendo incompatible con cualquier desempeño profesional que en forma directa o indirecta requiera el título de médico en la provincia de Buenos Aires.

.....
Firma

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

Sr/a.....

DNI N°.....

.....
Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente