

**PRÓRROGA DE SUBSIDIO
POR ENFERMEDAD**

Solicitud de Prórroga

Señor Presidente de la Caja
de Previsión y Seguro Médico Prov. Bs. As.
S _____ / _____ D

La Plata,.....de.....de.....

.....
(Nombres y Apellidos completos)

Matrícula.....se dirige al Señor Presidente a fin de solicitar **Prórroga** del beneficio de **Subsidio por Enfermedad** que me fuera acordado, por continuar incapacitado en forma total para ejercer la profesión de médico.

Conforme lo manifestado, adjunto al presente certificado médico en el que consta la enfermedad alegada, grado, carácter, fecha de origen de la incapacidad y tiempo probable de duración.

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.

Declaro por la presente, haberme notificado que en ningún caso el beneficio de Subsidio por Enfermedad podrá superar el término de un (1) año a contar desde la fecha de inicio de su percepción.

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 N°.....

.....
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

FP 006/3 Rev 004