

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

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 **RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS**, por el período
.....

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

FP 021/1 Rev 002