

**SUBSIDIO POR HIJO DISCAPACITADO**

**Solicitud para médicas/os jubiladas/os**

Sr. Presidente  
de la Caja de Previsión y Seguro Médico  
de la Provincia de Buenos Aires

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

El Dr./a.....  
(Nombres y apellidos completos)

L.C.- L.E. – D.N.I. ....C.U.I.T./ C.U.I.L. ....

Matrícula N°....., beneficiario de jubilación.....con domicilio real en  
la localidad de ....., calle..... N°..... Piso.....  
, Dto....., Teléfono .....se dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar el **Subsidio por Hijo  
Discapacitado**, de conformidad con las disposiciones de las Reglamentación vigente, por mi hijo/a  
.....,nacido el ....., DNI N° .....  
quien padece .....

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

Datos personales del padre/madre del discapacitado: Nombre y Apellido,  
.....DNI.....Profesión/ ocupación .....

En caso de ser médico indicar número de matrícula provincial.....

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo  
domicilio especial en calle.....n° .....piso.....depto.....de la  
localidad de .....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones  
y/o requerimientos que se formulen.

.....

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