



CAJA DE
MÉDICOS

Señor Presidente de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires:
Atento la **Afiliación Obligatoria** dispuesta por los Artículos 3°, 4°, 6°, 44° y 45° siguientes y concordantes por la Ley 12,207 a los efectos de mi correcta incorporación al Registro Previsional de esta Caja, cumpto en suministrar a continuación - bajo juramento de Ley- los datos personales y profesionales pertinentes.

MATRICULA: /

APELLIDO/S:

NOMBRE/S:

SEXO

☐ F

☐ M

☐ X

FECHA DE NACIMIENTO:

/

/

LUGAR DE NACIMIENTO:

NACIONALIDAD:

NUMERO DE DNI

ESTADO CIVIL

UNIVERSIDAD OTORGANTE DEL TITULO

FECHA DE TITULO

/ /

REVALIDA DEL TITULO EN LA REP. ARGENTINA

FECHA DE REVALIDA

/ /

NUMERO DE CUIT/CUIL

-

FECHA DE COLEGIACION

/ /

INSCRIPCION EN OTRAS JURISDICCIONES (Matrícula Nacional u otra Pcia.)

FECHA

/ /

DOMICILIO PARTICULAR (Indicar el domicilio en el cual habitualmente reside)

CALLE

NUMERO

PISO

DEPTO

LOCALIDAD

COD. POS.

TELEFONO

DOMICILIO POSTAL (Indicar si desea recibir la correspondencia en otro domicilio)

CALLE

NUMERO

PISO

DEPTO

LOCALIDAD

COD. POS.

TELEFONO

DOMICILIOS PROFESIONALES

► CONSULTORIO PARTICULAR (en jurisdicción de la Pcia. de Bs. As.)

CALLE	NUMERO	PISO	DEPTO
LOCALIDAD	COD. POS.	TELEFONO	

► ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS O DE LA SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	LOCALIDAD
MODALIDAD DE CONTRATACION	
Residente ☐	Contratado ☐
Planta Permanente ☐	Carga Horaria..... Desde..... Hasta.....

► ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS O DE LA SEGURIDAD SOCIAL

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	LOCALIDAD
MODALIDAD DE CONTRATACION	
Residente ☐	Contratado ☐
Planta Permanente ☐	Carga Horaria..... Desde..... Hasta.....

► FUERA DE LA JURISDICCION DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO	LOCALIDAD

FAMILIARES

► PADRE (Apellido y Nombres completos)

	¿vive? si ☐ no ☐
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION
¿Convive con el Afiliado?	
si ☐ no ☐	

► MADRE (Apellido y Nombres completos)

	¿vive? si ☐ no ☐
FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACION
¿Convive con el Afiliado?	
si ☐ no ☐	

► CONYUGE (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO	FECHA DE NUPCIAS	DNI
OCUPACION	NUMERO DE CUIT/CUIL	
	- -	



CAJA DE
MÉDICOS

➤ CONVIVIENTE o UNION CONVIVENCIAL (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO								INICIO DE CONVIVENCIA								DNI									
/ /								/ /								NUMERO DE CUIT/CUIL									
OCUPACION																									

➤ HIJO (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO								DNI								¿A cargo del Afiliado?									
/ /																si no									

➤ HIJO (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO								DNI								¿A cargo del Afiliado?									
/ /																si no									

➤ HIJO (Apellido y Nombres completos)

FECHA DE NACIMIENTO								DNI								¿A cargo del Afiliado?									
/ /																si no									

INSCRIPCION EN OTROS DISTRITOS FECHA.....

ESPECIALIDAD

CORREO ELECTRONICO CELULAR

Manifestación Final

DECLARO BAJO JURAMENTO que la totalidad de la información inserta en la presente ficha ha sido suministrada por mi y son fiel reflejo de mis datos personales y profesionales. A todos los efectos legales derivados de la afiliación, trámites y/o requerimientos que se deban formular **constituyo domicilio especial en el domicilio particular suministrado**, cuya vigencia se mantendrá hasta que por medio fehaciente comunique cualquier modificación al respecto. Del mismo modo, me obligo por la presente a notificar a la **Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires** todo cambio y/o novedad en los datos personales y profesionales consignados, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que la omisión a tal obligación pudiera ocasionar.

FIRMA

Intervenido en Delegación:.....

Fecha:.....

Certifico que las firmas que anteceden fueron puestas en mi presencia, de lo que DOY FE.

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE