| | | | | | | | 010 | | | | | | | |
|--|-----------------------|------------------------|--------|--------|-----------------------|--------|---------|-------|--|---|---|----|---|--|
| ENFERMEDAD | | PRORROGA DE ENFERMEDAD | | | | | | | | | | | | |
| INVALIDEZ | | | | | PRORROGA DE INVALIDEZ | | | | | | | | | |
| 1 DATOS DEL/LA SOLICITA | NTE: | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE Y APELLIDO: | | | | | | | | | | | | | | |
| MATRÍCULA PROFESIONAL: | | | | | | | | | | | | | | |
| DOCUMENTO (TIPO Y NÚMERO): | | | | | | • | | | | • | | | | |
| CUIT/CUIL: | | | | 1 | | | | | | | | | - | |
| DOMICILIO PARTICULAR (CALLE Y NÚMERO – PISO/DEPARTAMENTO): | | | | | | | | | | | | | | |
| LOCALIDAD: | | | | | | CP: | | | | | | | | |
| DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | | |
| TELÉFONO CELULAR: | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 DATOS DEL EJERCICIO PI Declaro bajo juramento el ejerci | | | onfor | me : | al sig | uient | e deta | alle: | | | | | | |
| | ENTIDADES | (HOSI | PITALE | S – SA | NATC | RIOS - | -CLÍNIC | AS): | | | | | | |
| EN PROVINCIA BS. AS. | 001/01/11/70 | 210 24 | D.T. C | | | | | | | | | | | |
| | CONSULTO Localidad | KIO P | AKTICU | LAK: | calle | | | | | | С | P: | | |
| FUERA DE PCIA. DE BS. AS. | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 FECHA DESDE: | | | | | | | | | | | | | | |
| En conformidad con las disposicila presente cobertura en razón o total y transitoria desde el: | | | | | | | | | | | | | | |

| 4 D | OCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA: |
|---|---|
| | CONSTANCIA DE CUIT/CUIL (cuando no estuviese registrado en la Caja). CERTIFICADO DE CANCELACIÓN DE MATRÍCULA PRUEBA DEL EJERCICIO PROFESIONAL CERTIFICACIÓN DE LICENCIA EMPLEO (EN CASO DE EJERCICIO EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA) CERTIFICADO MÉDICO |
| 5 D | ATOS PARA EL PAGO EN CASO DE ACUERDO DEL BENEFICIO: |
| | TRANSFERENCIA (*) |
| ENTIE | DAD BANCARIA: SUCURSAL: |
| TIPO | DE CUENTA: |
| CBU: | |
| (*) Cos | to de la transferencia a cargo del/la solicitante TICKETERA CHEQUE |
| 6 D | ECLARACIONES Y MANIFESTACIONES: |
| b) Me cas c) De d) Me ba e) Pre de f) Est | enstituyo domicilio especial (físico y electrónico) en los consignados en el Ítem 1 de la presente. Le comprometo a conservar la documentación por el plazo de 1 año para ser presentada en original en eso de ser requerida por la Caja. Eclaro estar en conocimiento del marco legal y reglamentario aplicable. Le comprometo a notificar la fecha de reinicio del ejercicio profesional y declaro estar en conocimiento la incompatibilidad entre el acceso a la cobertura y el desempeño médico en cualquier jurisdicción y jo cualquier modalidad, durante todo el período que dure la misma. Lesto conformidad para que en caso de registrar deuda y acordarse el beneficio se realicen las ducciones/imputaciones que pudieran corresponder por aportes/planes/préstamos. La ren conocimiento que la presente petición se encuentra sujeta a evaluación médica y resolución de rectorio. |
| LUGAF | R Y FECHA: |
| | |

FIRMA Y ACLARACION