

**JUBILACIÓN POR CONVENIO DE
RECIPROCIDAD**

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.Nro. CUIT/ CUIL.....nacido el.....

con domicilio real en la localidad de.....calle.....

.....nº.....Piso.....Depto..... C.PTeléfono.....

se dirige al Sr. Presidente a fin de solicitar **JUBILACIÓN POR CÓMPUTO RECÍPROCO**, por el período, en el marco del Convenio de Reciprocidad Jubilatoria vigente por la Resolución S.S.S. nº 363/81 y la Ley 18.038 art. 56 T.O 1980 modificado por su similar 24.241 que estima le corresponde. Conforme a las disposiciones de la ley 24.241..... intervendría en carácter de **Caja Otorgante**

..... **y en carácter de Caja Participante**
.....

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....., CP.....donde se tendrán por válidas la totalidad de las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Dirección de correo electrónico:

Sin otro particular, saludo a Ud. con mi mayor consideración.

.....
FIRMA Y ACLARACIÓN