



**CAJA DE
MÉDICOS**

Caja de Previsión y Seguro Médico
de la Provincia de Buenos Aires

**RATIFICA POSTULACIÓN
(Anexo III)**

Sres. Junta Electoral

Distrito:

PRESENTE

De mi consideración:

(nombre y apellido), Mat.

con carácter de declaración jurada ratifico mi inserción como candidato a representante titular/suplente *(tachar lo que no corresponda)* de la lista " _____ "

correspondiente al Distrito _____ en orden Nro _____ ,
para las elecciones de autoridades de la Caja de Previsión y Seguro Médico de la Provincia de Buenos Aires a celebrarse el día _____ -

A los efectos de mi postulación y eventual consagración en el cargo, constituyo domicilio especial válido para cualquier notificación en la siguiente casilla de correo electrónico: _____ -

Firma:

Aclaración:

Matrícula:

Lugar y Fecha: