Lugar y Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

A: Presidente Caja de Previsión Social Médica

De Río Negro

De mi consideración:

Por la presente me dirijo a Ud. con el fin de solicitar el beneficio por INCAPACIDAD TEMPORARIA ABSOLUTA , de acuerdo a lo establecido en el estatuto vigente, por encontrarme imposibilitado en forma total desde el \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ para el ejercicio de la profesión de médico.

Declaro haberme notificado acerca de la documentacion a presentar para el otorgamiento del beneficio solicitado.

Declaro conocer que no puedo bajo ninguna circunstancia ejercer la actividad médica durante el período indicado precedentemente y que cualquier falsedad de los dichos me hará responsable de ser sancionado con la pérdida del beneficio y el reintegro actualizado más los intereses correspondientes de los haberes percibidos en concepto de subsidio por Incapacidad temporaria absoluta indebidamente percibidos.

Declaro conocer el impedimento de ejercer la profesión en cualquiera de sus formas y me comprometo a comunicar inmediatamente el alta para poder ejercer.

A todos los efectos de la presente solicitud, constituyo domicilio en calle \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Piso\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Dpto.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de la localidad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, provincia de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_donde se tendrán por válidas todas las notificaciones y/o requerimientos que se formulen.

Sin otro particular, saludo a Ud. atentamente.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CERTIFICO que la firma precedente ha sido suscripta en mi

Presencia por el/la :

Sr/a.....................................................................................................

DNI Nº..................................................................................................

...........................................................................................

Firma y Aclaración del Funcionario Interviniente