



SOLICITUD DE JUBILACION EXTRAORDINARIA

.....de.....de 20.....

SR. PRESIDENTE DE LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

De mi consideración: El/La que suscribe..... con domicilio real en calle.....N°.....de la localidad de....., teléfono fijo....., teléfono celular....., correo electrónico.....y domicilio profesional en calle.....N°..... de la localidad de....., afiliado/a N°..... del Distrito....., de acuerdo con lo dispuesto por el artículo 60º y siguientes de la ley 8.119 y el Reglamento de Jubilación Extraordinaria para afiliados a la Caja de Seguridad Social para Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, cumple en dirigirse al Sr. Presidente con el objeto de solicitarle se le acuerde la Jubilación Extraordinaria por incapacidad permanente. Al efecto de integrar la Junta Médica que ordena el art. 61º de la Ley 8.119 propone al Dr./a..... con domicilio en.....de la localidad de- **Se adjunta a la presente Historia Clínica debidamente completada por el médico interviniente y D.N.I., L.E. o L.C. vigente del afiliado.**

IMPORTANTE: La Jubilación Extraordinaria, en caso que sea otorgada, sólo subsiste mientras permanezca la incapacidad total y permanente para ejercer la profesión en los términos del art. 60 de la Ley 8.119. Si la Caja comprobare en cualquier momento que la misma ha cesado, se discontinuará de inmediato el beneficio, sin derecho a reclamo o indemnización alguna. El afiliado deberá suministrar toda la documentación médica que le sea requerida por la Caja y deberá someterse a los controles médicos que la Caja le requiera.

Sin otro particular, saludo a Ud. atte.

FIRMA

CERTIFICO: que he tenido a la vista el documento N°.....Tipo..... del afiliado/a N°.....y que sus datos concuerdan con los expuestos precedentemente. DOY FE.

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN			
FECHA DE ENTRADA		NÚMERO DE AFILIADO			
OE	R	CÓDIGO		T.E.	
0	3	A	P	2	