

CONFORMACIÓN DE JUNTA MÉDICA
-DECLARACIÓN JURADA-



AFILIADO N°: _____

APELLIDO Y NOMBRES: _____

DNI. N°: _____ EDAD: _____ SEXO: _____

DOMICILIO: _____

TEL. FIJO: _____ CELULAR: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

ANTECEDENTES (Diagnóstico de origen, tratamiento recibido, evolución)

ENFERMEDAD ACTUAL

TIEMPO PROBABLE DE REHABILITACIÓN

CONFORMACIÓN DE JUNTA MÉDICA
-DECLARACIÓN JURADA-



CERTIFICO QUE EL/LA SR./SRA. _____

PADECE DESDE EL _____ QUE SI/NO

(tachar lo que no corresponda) LA/O INCAPACITA PARA EL DESARROLLO DE SUS

TAREAS HABITUALES.

* La Junta Médica evaluadora justipreciara solo aquellas patologías invocadas en esta solicitud por el/la peticionante.

* La presentación del presente formulario no implica la iniciación del trámite de “Jubilación por Incapacidad”.

LUGAR Y FECHA: _____

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO ESPECIALISTA

Nº DE MATRÍCULA PROFESIONAL:

DOMICILIO PROFESIONAL:

TELÉFONO: