
Beneficio por Incapacidad transitoria

SANTA ROSA, ____/____/____

Señor Presidente de la
Caja de Previsión Profesional de La Pampa
S.D. _____

Ref.: **Beneficio por Incapacidad Transitoria.**

De mi consideración:

Por medio de la presente me dirijo Usted a fin de solicitar el beneficio por Incapacidad Transitoria previsto en el Art. 54º Ley 1232 y su reglamentación 1238/01 Art.45º,46º, 47º y 48º. A tales efectos adjunto a la presente Declaración Jurada avalada por el profesional firmante.

Asimismo declaro bajo juramento que acepto en todos los términos el referido régimen.

Sin otro particular saludos a Usted con atenta consideración.

Firma: _____

Apellido y Nombre: _____

Nro. De Documento: _____

Nro. De Afiliado: _____

Teléfono: _____

Mail: _____

Beneficio por Incapacidad transitoria

DECLARACIÓN JURADA

Declaro bajo juramento que los datos consignados más abajo con motivo de la solicitud de Jubilación por Incapacidad Transitoria, se corresponden con la realidad de mi situación, comprometiéndome a comunicar de inmediato y en forma fehaciente la cesación de la incapacidad, tal cual lo estipula el Artículo 50º de la reglamentación de la Ley 1.232, testificando conocer el mismo en toda su extensión. Asimismo quedo a disposición para someterme a cualquier momento a exámenes médicos del estado físico y psíquico, así como todo otro tipo de control o verificación que las autoridades de la Caja de Previsión Profesional de La Pampa estimen corresponder.

Nro. De Afiliado: _____

Apellido y Nombre: _____

Nro. y tipo de Documento: _____ Domicilo: _____

Localidad: _____ Fecha: ____/____/____

FIRMA

INFORME MÉDICO (*)

Diagnóstico: _____

Fecha inicio: ____/____/____ Duración probable de incapacidad: _____

Estudios realizados: _____

Firma y aclaración del Médico examinador

Matrícula Provincial _____

(*) Llenar con lapicera y en letra imprenta.