

SOLICITUD DE
JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 230618 - 235900 - 227279 - FAX 051 - 230618 - 5000 CORDOBA
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (051) 232750 - 255178 - 5000 Córdoba
e-mailinformación@caja-abogados.com.ar

Córdoba, de de

Señor Presidente
Caja de Previsión y Seguridad Social de
Abogados y Procuradores de la Provincia
de Córdoba

S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

.....
.....
Afiado/a N°: L.E./L.C./D.N.I.: con
domicilio en calle N° Piso Dpto.
barrio de la Ciudad de
C.P Teléfono comparece ante el Señor
Presidente y dice:

Que reuniendo los requisitos fijados por la Ley
Provincial N° 8.404 (t.o. Ley N° 6.468), viene por la presente a solicitar el beneficio de
JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA para, lo cual solicita se efectúen los trámites pertinentes
para ello.-

Declaro bajo juramento que estoy afiliado/a a las
Cajas

y que gozo de los siguientes beneficios previsionales

Sin otro particular, saludo al señor Presidente muy
atte.-

.....
Firma



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 230618 - 235900 - 227279 - FAX 051 - 230618 - 5000 CORDOBA
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (051) 232750 - 255178 - 5000 Córdoba
e-mailinformación@caja-abogados.com.ar

REQUISITOS

1. Formularios nº 1 y nº 2 suscripto por médico tratante. La firma del médico certificada por el Consejo de Médicos.-
2. Historia clínica, si la hubiere.-
3. Certificado del Colegio de Abogados respecto del movimiento de la matrícula profesional del abogado/a solicitante.-
4. Certificado de la Caja de estar al día con sus obligaciones previsionales. En caso de existir planes de pago, éstos deben ser cancelados.-
5. Sin estos requisitos la solicitud será devuelta al interesado. Las solicitudes deben ser presentadas en Mesa de Entradas sin excepción.(Act.1115-E-8.5.97).-



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 230618 - 235900 - 227279 - FAX 051 - 230618 - 5000 CORDOBA
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (051) 232750 - 255178 - 5000 Córdoba
e-mailinformación@caja-abogados.com.ar

Formulario nº 1

CERTIFICADO MÉDICO

El que suscribe, Dr. M.P.

con especialidad en M.E.

CERTIFICA que ha examinado a

..... de años de edad, M.I. afiliado a esta
Caja Nº; habiendo constatado que sufre las dolencias que se indican
seguidamente:

1.- Diagnóstico:

Evolución:

.....

.....

Estudios actuales que avalen el diagnóstico y evolución:

.....

.....

Tratamiento:

.....

.....

Grado de Incapacidad actual: por ciento (.....%) de la T.O.

Carácter de la misma (Transitoria / Definitiva)

Pronóstico:

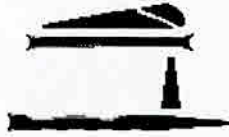
.....

Tiempo durante el cual no podrá realizar tareas laborales:

.....

Lugar y Fecha:

Firma y Sello



*Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba*

27 DE ABRIL 842 - TEL. 230618 - 235900 - 227279 - FAX 051 - 230618 - 5000 CORDOBA
Servicio Médico: 27 de Abril 849 - Tel.: (051) 232750 - 255178 - 5000 Córdoba
e-mailinformación@caja-abogados.com.ar

Formulario n° 2

INFORME PARA JUNTA MÉDICA

El que suscribe, Dr. M.P.
con especialidad en M.E.

CERTIFICA que ha examinado a
..... de años de edad, M.I. afiliado a esta
Caja N°; habiendo constatado que sufre las dolencias que se indican
seguidamente:

- I. Diagnóstico:
Evolución:
Tratamiento:
- II. Diagnóstico:
Evolución:
Tratamiento:
- III. Diagnóstico:
Evolución:
Tratamiento:
- IV. Diagnóstico:
Evolución:
Tratamiento:

Grado de Incapacidad actual: por ciento (..... %) de la T.O.

Carácter de la misma (Transitoria / Definitiva)

Pronóstico:

Tiempo durante el cual no podrá realizar tareas laborales:

Lugar y Fecha:

Firma y Sello