

La Plata de de 20

AL PRESIDENTE DEL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL
DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

S _____ / _____ D.

Me dirijo a usted con el fin de solicitar JUNTA MEDICA para que se determine mi incapacidad LABORATIVA, y en caso de que la misma me otorgue el porcentaje establecido según Decreto Ley 9650/80 (T.O. Decreto 600/94), para obtener el incremento de la remuneración prevista por: **LEY 12006 ARTICULO 5° bis** _____ // **LEY 14486 ARTICULO 14** _____ (MARCAR CON X LO QUE CORRESPONDA)

Fundamento mi pedido en que de acuerdo al informe de mi médico tratante padezco de (DIAGNOSTICO):

Habiendo comenzado mi enfermedad aproximadamente en _____ (MES) _____ (AÑO)

Me comprometo a aportar todos los elementos de diagnóstico y tratamiento que solicite la Junta Médica a intervenir en el trámite de dictamen del porcentaje de incapacidad.

En caso de que el dictamen no me sea favorable, y que solicite una nueva Junta Médica, lo haré en los plazos y condiciones que exigen las reglamentaciones vigentes. Si me es favorable el pedido, previo a la Junta Médica aportaré nuevos elementos de diagnóstico y tratamiento.

Declaro que los elementos de diagnostico que apporto me pertenecen y se me realizaron a solicitud del médico tratante, e igualmente declaro que no me encuentro desempeñando ninguna actividad remunerada en relación de dependencia, que sea incompatible con el subsidio por incapacidad que me encuentro peticionando.

FIRMA _____

ACLARACIÓN _____

**TIPO Y NRO DE
DOCUMENTO** _____

DOMICILIO _____

LOCALIDAD _____

TELEFONO _____

EMAIL _____