

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)

En la actualidad desempeño otra actividad laboral: SI / NO (en caso afirmativo indicar tipo de tarea, empleador y lugar donde se desempeña)

\_\_\_\_\_

Me comprometo a aportar todos los elementos de diagnóstico y tratamiento que solicite el Instituto de Previsión Social necesarios para que la Junta Médica dictamine el 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 aportó me pertenecen y se me realizaron a solicitud del médico tratante.

**LA FIRMA DE LOS CERTIFICADOS DE LOS PROFESIONALES ACTUANTES DEBEN SER AUTENTICADOS POR EL COLEGIO PROFESIONAL EN EL DISTRITO QUE CORRESPONDA. LOS DATOS CONSIGNADOS ANTERIORMENTE POSEE LOS ALCANCES DE DECLARACIÓN JURADA Y SOMETEN A LAS PENALIDADES ESTABLECIDAS POR LA LEY.**

FIRMA \_\_\_\_\_

ACLARACIÓN \_\_\_\_\_

TIPO Y NRO DE DOCUMENTO \_\_\_\_\_

DOMICILIO \_\_\_\_\_

LOCALIDAD \_\_\_\_\_

TELEFONO \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_