



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 _____