

Fecha de..... de

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
aporte 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

Provincia

Nº

Piso

Dpto

CP

Email

Teléfono