



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

Córdoba..... de de

A la
Caja de Previsión y Seguridad Social de
Abogados y Procuradores de la Provincia
de Córdoba
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

.....
Afiliado/a N°:D.N.I.: con domicilio en
calle.....N°.....Piso.....Dpto.....
Barrio..... de la Ciudad de.....
CP.....Teléfonos.....email.....
comparece ante Uds. 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.

Sin otro particular, saludo muy atte.

.....

Firma



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

REQUISITOS

1. Formularios n° 1 y n° 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. Estar al día con sus obligaciones previsionales. En caso de existir planes de pago, éstos deben ser cancelados.
5. Copia de DNI
6. 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 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

Formulario n° 1

CERTIFICADO MÉDICO

El que suscribe, Dr.

M.P. con especialidad en M.E

CERTIFICA que ha examinado a

de años de edad, DNI..... afiliado a esta

Caja N° 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 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.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