



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
" M I N I S T E R I O D E S A L U D "

TURNO: / / 20.....

HORA:

Es obligatoria la presencia del **Solicitante** ante la
Junta Médica de Evaluación

SOLICITUD DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
LEY Nº 22.431 ART. 3º

Los datos que a continuación se consignarán, pertenecen a la persona a ser evaluada y que solicita por sí o por medio de un tercero, el otorgamiento del Certificado de acuerdo a lo establecido en el Decreto 1193/98. La presente reviste carácter de DECLARACIÓN JURADA.

COMPLETAR Y MARCAR LO QUE CORRESPONDA

Apellido Nombres.....

Domicilio

Código Postal Localidad

Provincia Teléfono (.....).....

Lugar de Nacimiento: País: Localidad: Pcia:

Fecha de Nacimiento / / Sexo: M - F Edad:

LE / LC / DNI / CI / PAS..... Nacionalidad:

Tipo de Nacionalidad Nativo / Naturalizado

Estado Civil: soltero casado separado divorciado viudo unión de hecho



G O B I E R N O D E L A C I U D A D D E B U E N O S A I R E S
" M I N I S T E R I O D E S A L U D "

(MARCAR CON UNA CRUZ)

SITUACION LABORAL

- | . Trabaja SI NO
| . Relación de dependencia SI NO
 Por cuenta propia *Changas*
 Contrato temporario *Taller Protegido* *Otros*

N° de CUIL / CUIT:.....

SITUACION PREVISIONAL

- Jubilado del Sistema Contributivo SI NO
- Pensionado del Sistema Contributivo SI NO
- Pensión No Contributiva / por invalidez SI NO
- Pensión No Contributiva / graciable SI NO
- Pensión No Contributiva a la vejez SI NO
- Pensión No Contributiva ex combatientes SI NO
- Otra (especificar)
.....

PRESENTA COBERTURA MÉDICA: OBRA SOCIAL SI NO

MEDICINA PREPAGA SI
NO

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL O

PREPAGA.....



GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES
" MINISTERIO DE SALUD "

N° de Afiliado

.....
....

Recibe beneficio de Ley 19.279 (Art. 1°)

SI NO

Lugar y fecha,
...../...../.....

.....
.....

FIRMA DEL INTERESADO / A

ACLARACION DE

FIRMA

CURADOR O REPRESENTANTE LEGAL