



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

TURNO: / / 20.....

HORA:

Es obligatoria la presencia del/la 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 Nacionalidad:

Tipo de Nacionalidad Nativo/a / Naturalizado/a

Estado Civil: soltero/a casado/a separado/a divorciado/a viudo/a
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 "

NOMBRE DE LA OBRA SOCIAL O PREPAGA

N° DE AFILIADO/A

Recibe beneficio de Ley 19.279 (Art. 1°)

 SI NO

Lugar y fecha,

...../...../.....

.....
FIRMA DEL/LA INTERESADO / A
CURADOR/A O REPRESENTANTE LEGAL

.....
ACLARACION DE FIRMA