



Caja de Profesionales
Universitarios

Andes 1521 - Tel.: 2902 8941
C.P. 11.100 - Montevideo - Uruguay
www.cajadeprofesionales.org.uy

SOLICITUD DE JUBILACIÓN POR INCAPACIDAD

- SIN GOCE DE HABERES -

Apellidos y Nombres:

No. Afiliado C.J.P.P.U.: Profesión:

C. Identidad: F. Nacimiento:

Domicilio Constituido (C.T.):

Localidad: C.Postal

Departamento: Tel.:

Celular: E-Mail:

Declara FECHA DE CESE en el ejercicio libre de su actividad profesional el: _____ (último día trabajado).
Declara tener conocimiento de que el goce de la jubilación otorgada por la Caja es incompatible con el desempeño de cualquier actividad profesional universitaria, aún si la misma es amparada por otro organismo de seguridad social.
Declara que no desempeña actualmente ninguna actividad profesional amparada por otro instituto de seguridad social.
En caso de comenzar alguna actividad profesional pública o privada, en ejercicio libre o subordinado, lo hará saber previamente a esta Caja, en forma escrita, a los efectos de la suspensión de la pasividad.

SE NOTIFICA QUE:

1. La aceptación del cese declarado así como el otorgamiento del beneficio que se solicita, está sujeto al estudio del expediente por lo que podrá requerirse documentación ampliatoria.
2. Para entrar en goce del beneficio, no deberá registrar obligaciones vencidas por concepto de aportes, préstamos, Fondo de Solidaridad y su Adicional, y demás obligaciones pecuniarias. En caso de existencia de facilidades por el pago de aportes, las mismas deberán ser previamente canceladas.
3. Los pagos mensuales de cuotas de Fondo de Solidaridad y su Adicional, podrá realizarlos en locales de Abitab y Redpagos.
4. Deberá retirar la chapa o cartel profesional de estudios y domicilios, y dar de baja todo tipo de aviso en prensa o en guías profesionales, telefónicas o sociales en el que se indique su índole profesional, así como cualquier otra forma de publicitar dicha condición, especialmente en los listados de los Organismos que utilizan servicios de peritaje o arbitraje en el ámbito de su profesión o competencia.

Fecha

Firma del Afiliado

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

POR LO EXPUESTO SE CONCLUYE:
(Marque con una X lo que corresponda)

El titular se encuentra incapacitado para el desempeño de:

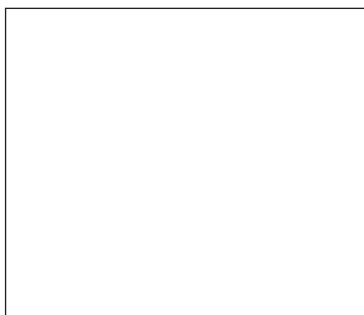
Su profesión

Toda tarea

Fecha de inicio de la incapacidad: _____

Nombre del médico informante: _____

Especialidad: _____



Timbre profesional

Fecha

Firma del médico