**C.P.S.**
**LEY 5110**

*MInisterio de Trabajo y Seguridad Social*
**PROVINCIA DE SANTA FE**

# CERTIFICADO MÉDICO

, de de 20

**Nº INICIACIÓN** |_|_|_|_|_| **PENSIÓN** |_|_|_|_|_|_| **ARTÍCULO:** _____

**Apellido y Nombres:**

_____ **DNI-LE-LC-CI** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Se solicita el siguiente certificado médico de la persona cuyos datos anteceden, conforme a lo exigido por la Ley 5110 en su Art. 4º, *"Corresponderá la asistencia por causa de invalidez, a las personas que acrediten: a) Estar inhabilitadas en forma permanente con pérdida del setenta y cinco por ciento de su capacidad funcional para ganarse la subsistencia, por causa congénita o de enfermedad o accidente;"* y a los fines de proseguir con el trámite del beneficio Ley 5110. En caso de ser necesario adjuntar historia clínica. Atte.

_____
Firma del Agente

---

Atento a lo solicitado por la Caja de Pensiones Sociales Ley 5110, se extiende el presente certificado, a....., D.N.I Nº.....con el siguiente resultado:

| **PORCENTAJE DE INVALIDEZ** (En relacion a la capacidad de trabajar) | **TIPO** (de invalidez) | **TIEMPO** (que lleva en estado de invalidez) |
|---|---|---|
| |_|_|_| % _____ Expresar el porcentaje en letras | ☐ **PERMANENTE** ☐ **TRANSITORIA** | |_|_| MESES/AÑOS ☐ De Nacimiento |

CAUSAS DE LA INVALIDEZ: ☐ **CONGÉNITA** ☐ **ENFERMEDAD** ☐ **ACCIDENTE** Otra: _____

CLASE DE ENFERMEDAD:
☐ **MENTAL**
☐ **FÍSICA**

Puede percibir personalmente el beneficio? ☐ **S I** ☐ **NO**
(Completar unicamente si es enfermedad mental)

Es curable? ☐ **S I** ☐ **NO** Segun su situación socioeconómica es posible? _____

.DIAGNÓSTICO:.....
.....

ÓRGANOS AFECTADOS:.....
.....

Se deja expresa constancia de que la emisión del presente certificado está siendo cumplimentada con el real porcentaje de invalidez y absolutamente independiente de la situación socio-económica del solicitante.

Lugar y Fecha: _____

.....
Firma y sello del médico

CERTIFICO: que la firma que antecede pertenece al doctor.....

a cargo de.....

Se aclara que quien certifica la firma es responsable **sólo de la autenticidad de la misma** y no del contenido del documento.

.....
.Firma

Sello de la Institución

FORM. 02-01. Completar con letra imprenta o maquina de escribir. Colocar una cruz en las cajitas correspondientes

"FALSIFICACIÓN DE DOCUMENTOS EN GENERAL" Artículo 295 del Código Penal:
Sufrirán prisión de 1 mes a 1 año, el médico que diere por escrito un certificado falso, concerniente a la existencia o inexistencia presente oo pasada, de alguna enfermedad o lesión, cuando de ello resulte perjuicio. La pena será de 1 a 4 años, si el falso certificado debiera tener por consecuencia que una persona sana fuera detenida en un manicomio, lazareto u otro hospital.
Artículo 296: El que hiciere uso de un documento o certificado falso o adulterado, será reprimido como si fuere autor de la falsedad.