



PROVINCIA DE BUENOS AIRES  
PODER JUDICIAL

Para el Subsidio de  
INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA /TRATAMIENTO MÉDICO  
El agente deberá adjuntar la siguiente.

CERTIFICACION DE CLINICA U HOSPITAL

Por la presente se deja constancia que.....  
.....fue  
Intervenido/a quirúrgicamente / fue sometido/a a un tratamiento  
de.....  
En este establecimiento asistencial el día.....  
.....

USO OFICIAL

PROFESIONALES ACTUANTES	ARANCEL LIBRE	CODIGOS DEL NOMENCLADOR NAC
.....	SI NO	.....
.....		.....
.....		.....
.....		.....
.....		.....

marca con una X

Al solo efecto de ser presentada a las autoridades de  
la Secretaria de Personal de la Suprema Corte de justicia, se firma y sella la  
presente, en la ciudad de.....a los.....  
Días del mes de .....de 20.....

.....  
Firma

Sello

.....  
aclaración