



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 dede 20.....

.....
Firma

Sello

.....
aclaración