# ANEXO I

BUENOS AIRES, de de 2022.

LEGAJO NRO:

DIRECCIÓN DE BIENESTAR ( Departamento Veteranos de Guerra)

Santa Fe 4815 - Piso 1ro

(C P 1425) CAPITAL FEDERAL

# FORMULARIO ÚNICO

**(SOLICITUD DE JUNTA MÉDICA Y DECLARACIÓN JURADA)**

APELLIDO: ...........................................................................................................................................

NOMBRES: ...........................................................................................................................................

DNI:.......................................Grado: (Ex Sold/etc)................................................................................

Domicilio: ..............................................................................................................................................

Localidad:...............................................................................Pcia: ........................................................

Código Postal:.......................Tel/Cel:.....................................................................................................

Correo Electrónico:.................................................................................................................................

El que suscribe, solicita por la presente, se me efectúe una Junta Superior de Reconocimientos Médicos, y en caso de otorgarme una incapacidad, que guarde relación con los actos de Malvinas (TOM/TOAS), se me concedan los beneficios consecuentes de la Ley 22.674, la Pensión Ley 24.310 e indemnización establecida por la Ley 19.101 Art. 76 Inc. 3) ap. C), por cuanto:

1. DURANTE MI PERMANENCIA EN MALVINAS (TOM/TOAS) TUVE (RELATE BREVEMENTE LOS HECHOS SUFRIDOS EN MALVINAS QUE USTED CREE CAUSAL DE SUS DOLENCIAS):

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. EN MALVINAS (TOM/TOAS) FUI ATENDIDO EN: (QUÉ LUGAR Y POR QUIÉN)

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. AL REGRESO DE MALVINAS (TOM/TOAS) FUI ATENDIDO (EN QUÉ LUGAR Y POR QUIÉN)

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. ENFERMEDAD Y/O DOLENCIAS QUE CREO PADECER COMO CONSECUENCIA DE MALVINAS (TOM/TOAS).

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. ANTECEDENTES MÉDICOS REALIZADOS HASTA LA FECHA (HISTORIAS CLÍNICAS, DIAGNÓSTICOS, TRATAMIENTOS, LUGAR Y FECHA DONDE SE REALIZARON)

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. UNIDAD DONDE PRESTO SERVICIOS DURANTE SU PARTICIPACIÓN EN MALVINAS (TOM/TOAS)

....................................................................................................................................................

1. ROL DE COMBATE EN QUE SE DESEMPEÑÓ, DEBIENDO ESPECIFICAR: GRADO, NOMBRES Y APELLIDO DE SUS JEFES, PARTIENDO DESDE EL MENOR NIVEL, HASTA EL DEL JEFE DE ELEMENTO (LOS QUE RECUERDA).

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. ¿ENTRÓ EN COMBATE? ¿EN QUÉ SECTOR DEL TOM/TOAS? (RELATE QUÉ HIZO Y CÓMO FUE)

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. TACHAR LO QUE NO CORRESPONDE Y FIRMAR BAJO JURAMENTO:

PARTICIPO EN EL “TOM/TOAS” (DEL 02 ABR AL 14 JUN 82) SI / NO ESTUVO EN LAS ISLAS MALVINAS SI / NO

ESTUVO DESPLEGADO EN EL SECTOR CONTINENTAL SI / NO

ES VGM POR SENTENCIA JUDICIAL SI / NO

………………………………………

FIRMA

1. UNIDAD CON QUE PARTICIPÓ, GRADO Y APELLIDO DEL JEFE DE UNIDAD:

...................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

.

1. FECHA EN QUE ARRIBO AL TOM/TOAS Y CON QUE MEDIO LLEGÓ A LAS ISLAS MALVINAS:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. FECHA DE REGRESO AL CONTINENTE Y CON QUÉ MEDIO REGRESÓ AL CONTINENTE:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. LUGAR DE DESPLIEGUE DE SU UNIDAD EN LAS ISLAS MALVINAS:

....................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. (PARA EL CASO QUE SE INVOCARA LA PRESENCIA EN EL TOM/TOAS) ¿PARTICIPÓ DE ACCIONES DE EFECTIVO COMBATE? ¿DÓNDE?:

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

1. FUE PRISIONERO DE GUERRA SI / NO
2. FUE HERIDO EN COMBATE SI / NO
3. RECIBIO MEDALLA LEY 23.118 SI / NO
4. PERCIBE PENSION NACIONAL SI / NO
5. PERCIBE PENSION PROVINCIAL SI / NO
6. PERCIBE PENSION MUNICIPAL SI / NO
7. PERCIBE DECRETO 1244/98 SI / NO

El presente formulario reviste el carácter de Declaración Jurada, debiendo ser completado sin omitir ni falsear ningún dato, sujetando a los infractores a las penalidades previstas en los Artículos 172, 275 y 292 del Código Penal para los delitos de estafa y falsificación de documentos.

Finalmente, dejo constancia que lo declarado es fiel reflejo de la verdad de los hechos descriptos en la misma. leído y ratificado su contenido en todas sus partes, suscribo la presente declaración jurada en

............................................. a los ........ días del mes de ............................... del año .........

…………………………………………………………………….

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL SOLICITANTE

**Nota: Se debe adjuntar al presente formulario fotocopia del DNI.-**