

**SOLICITUD DE COPIA DE ACTUACIONES MÉDICAS
EVALUACIÓN DE INCAPACIDAD**

Montevideo,/...../.....

Titular:

Cédula de identidad:

Solicita copia de las actuaciones médicas de BPS vinculadas a las solicitudes de Evaluación de Incapacidad.

En caso de corresponder agregar datos del representante del usuario (tutor o apoderado) presentando documento que lo acredite.

Nombre apoderado/tutor:

Cédula de identidad: Teléfono de contacto:

Autorizo que la copia solicitada sea enviada por el siguiente medio:

MAIL PERSONAL DEL USUARIO:

DOMICILIO REAL:

RETIRO EN FORMA PERSONAL

Puede realizar la solicitud en forma presencial en:

Montevideo: dirigirse a 8 DE OCTUBRE 2935 ESQUINA JAIME CIBILS en el HORARIO 8:30 A 15:30 a partir de las 48 horas hábiles de la solicitud.

Interior del país: en la sucursal más cercana.

.....
FIRMA SOLICITANTE

.....
TELÉFONO DE CONTACTO

Este formulario debe ser enviado mediante mail a: documentosincapacidad@bps.gub.uy, acompañado de imagen de cédula de identidad (frente y dorso)

Es obligatorio completar todos los datos solicitados, firmar y establecer un dato de contacto.