



CAJA DE PREVISION SOCIAL



Formulario de Solicitud

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS POR FALLECIMIENTO

IMPORTANTE

LA OMISION O FALSEDAD EN LA PRESENTE "DECLARACION JURADA" SERA PASIBLE DE LA PENA ESTABLECIDA EN EL CODIGO PENAL ARGENTINO. ("ART. 293": SERA REPRIMIDO CON RECLUSIÓN O PRISIÓN DE UNO A SEIS AÑOS EL QUE INCERTARE O HICIERE INCERTAR EN UN INSTRUMENTO PÚBLICO DECLARACIONES FALSAS

DATOS DEL EXTINTO

APELLIDO Y NOMBRE/S		DNI N°	
FECHA DE NACIMIENTO		ESTADO CIVIL	
TIENE BENEFICIO		CLASE	
OTORGADO POR			
DOMICILIO			

SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN LA ADMINISTRACION PUBLICA PROVINCIAL O MUNICIPAL

MINISTERIO / ORGANISMO	ACTIVIDAD	DESDE	HASTA

CERTIFICACION DE SERVICOS CON O SIN REMUNERACIONES

SI
NO

APELLIDO Y NOMBRE/S		DNI N°	
FECHA DE NACIMIENTO		VINCULO	
DOMICILIO REAL			
DOMICILIO CONSTITUIDO/LEGAL			
LOCALIDAD		PROVINCIA	
TELEFONO		E-MAIL	

En caso de que el presente trámite deba ser remitido a otro Organismo Previsional, indicar lo siguiente:

CAJA O INSTITUTO			
DOMICILIO			
LOCALIDAD		COD. POSTAL	
PROVINCIA			
OBSERVACIONES			
LUGAR DE SOLICITUD		FECHA	

CERTIFICO QUE LOS DATOS PERSONALES DEL AFILIADO CONCUERDAN CON SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD Y QUE LA FIRMA FUE ESTAMPADA EN MI PRESENCIA.-

EL TITULAR AFIRMA QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS, Y QUE HA CONFECCIONADO ESTA DECLARACION JURADA, SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO QUE DEBA CONTENER, SIENDO FIEL EXPRESION DE LA VERDAD.-

FIRMA AUTORIDAD CERTIFICANTE

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION: _____

D.N.I. N° _____