CAJA DE PREVISION SOCIAL

Formulario de Solicitud

PENSION

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 CONCERNIENTES A UN HECHO QUE EL DOCUMENTO DEBE PROBAR, DE MODO QUE PUEDA RESULTAR PERJUICIOSO")*

DATOS DEL SOLICITANTE

APELLIDO Y NOMBRE/S				**DNI N°**	
FECHA DE NACIMIENTO		**ESTADO CIVIL**			
LOCALIDAD		**PROVINCIA**			
TIENE BENEFICIO	NO	**CLASE**			
OTORGADO POR					
PERCIBE ADIC. POR TITULO	NO	**TIPO**	----------		
ES AFILIADO A OBRA SOCIAL	NO	**NOMBRE**			
TRABAJA EN RELACION DE DEPENDENCIA	NO	**LUGAR DE TRABAJO**			
PERCIBE ASIG. FLIARES.	NO	**ESPOSO/A**	NO	**HIJOS/S**	NO
N° DE C.U.I.L.		**N° DE C.B.U.**			

ASIGNACIONES FAMILIARES: ley N° 1782 - Art. 126°: ...No tendrán derecho a la percepción instituida por este artículo, el jubilado o pensionado o representante legal del menor beneficiario, si él o su conyuge fueran acreedores a las mismas asignaciones por el desempeño de actividades en relación de dependencia.

DATOS DEL CAUSANTE

APELLIDO Y NOMBRE/S				**DNI N°**	
FECHA DE NACIMIENTO		**ESTADO CIVIL**			
TIENE BENEFICIO	SI	**CLASE**			
OTORGADO POR					
TRABAJA EN REL. DEPEND.	NO	**LUGAR**			
PERCIBE ASIG. FLIARES.	SI	**ESPOSO/A**	SI	**HIJOS/S**	NO

DATOS PARA ASIGNACIONES FAMILIARES

APELLIDO Y NOMBRE/S	VINCULO	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FECHA DE NACIMIENTO	ESTUDIOS	INCAP
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO
				----------	NO

_____
FIRMA AUTORIDAD CERTIFICANTE

_____
FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION:_____

D.N.I. N° _____

DETALLE CRONOLOGICO DE TODOS LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL CAUSANTE CON O SIN RELACION DE DEPENDENCIA DESDE LOS 18 AÑOS DE EDAD, INCLUIDOS PERIODOS DE INACTIVIDAD (ACLARAR LUGAR DE RESIDENCIA)

DEPENDENCIA Y/O EMPRESA ACTIVIDAD POR CUENTA PROPIA	CARÁCTER DE LOS SERVICOS	FECHAS	
		DESDE	HASTA

OBSERVACIONES	

DOMICILIO REAL			
DOMICILIO CONSTITUIDO/LEGAL			
N° DE TELEFONO		E-MAIL	
LOCALIDAD		PROVINCIA	

LUGAR DE SOLICITUD	RIO GALLEGOS, SANTA CRUZ	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° _____