

**SOLICITUD DE
JUBILACIÓN**

ORDINARIA
EDAD AVANZADA
INCAPACIDAD
RECIPROCIDAD

FOTO



DEL TITULAR N° RESOLUCIÓN:

N° AFILIADO:

Apellido:

Nombre/s completo/s: Sexo:

Tipo de Documento: N°: Fecha de Nacimiento: ___ / ___ / ___ Estado civil:

Domicilio: N°: Piso: Dpto.:

Localidad: Código Postal: Provincia:

Teléfono Fijo (.....) Celular: Correo electrónico:

Profesión: N° matrícula profesional: Actua como caja: OTORGANTE
PARTICIPANTE

Para ser presentado ante:

Observaciones

Otros beneficios previsionales/sociales: ¿Tenés otro beneficio otorgado? SI / NO –... ¿o en trámite? SI / NO

Caja o Instituto: Tipo de beneficio:

Caja o Instituto: Tipo de beneficio:

¿Iniciaste con anterioridad un expediente en esta Caja? SI / NO Concepto:

Banco:

CUIT / CUIL:

¿Tenés obra social? SI / NO: Nombre:

DEL REPRESENTANTE PARA TRAMITAR (Según Carta Poder y/o Escritura adjunta)

Apellido: Nombre/s completo/s:

Tipo de documento: N°:

Domicilio: N°: Piso: Dpto:

Localidad: Código Postal: Provincia:

Teléfono fijo: (.....) Celular: - Correo electrónico:

Vínculo con el titular:

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno y que el domicilio declarado tiene el carácter de "domicilio constituido" a los fines de las notificaciones que se cursen por las actuaciones que por la presente solicitud se promueven.

.....
LUGAR Y FECHA FIRMA TITULAR/ REPRESENTANTE ACLARACIÓN DE LA FIRMA
Certifico que los datos consignados en los recuadros anteriores son copia fiel de/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n que tuve a la vista y que la firma estampada en la línea anterior fueron colocadas en mi presencia

.....
LUGAR Y FECHA FIRMA DE AUTORIDAD COMPETENTE ACLARACIÓN DE FIRMA Y CARGO