



Caja

CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LOS
PROFESIONALES DE LA INGENIERIA
DE LA PROVINCIA DE SANTA FE
2º CIRCUNSCRIPCION

BENEFICIARIO/S CON DERECHO A PENSIÓN

DEL CÓNYUGE

AFILIADO N°:.....

Apellido: Nombre/s completo/s:.....
Sexo: Fecha de nacimiento: ___/___/___ Tipo de documento:.....N°:.....
Estado civil:..... Nacionalidad:.....

DE LOS HIJOS

Apellido:.....
Nombre/s completo/s:
 Menor Discapacitado
Sexo:..... Fecha de nacimiento:/...../..... Estado civil:
Nacionalidad: Tipo de documento: N°:

Apellido:.....
Nombre/s completo/s:
 Menor Discapacitado
Sexo:..... Fecha de nacimiento:/...../..... Estado civil:
Nacionalidad: Tipo de documento: N°:

Apellido:.....
Nombre/s completo/s:
 Menor Discapacitado
Sexo:..... Fecha de nacimiento:/...../..... Estado civil:
Nacionalidad: Tipo de documento: N°:

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos y completos, y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno.

.....
LUGAR Y FECHA

.....
FIRMA BENEFICIARIO/ REPRESENTANTE

.....
ACLARACIÓN DE LA FIRMA