



CAJA DE PREVISION SOCIAL



Formulario de Solicitud

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS LEY N° 2936 Y MODIFIC.

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:

Documento de Identidad: DNI/LC/LE/ CI/N°

CUIL:

Fecha Nacimiento:

Estado Civil:

Nacionalidad:

Gestiono Reconocimiento de Servicios:

En Caja o Instituto:

Expediente N°:

Gestiono Prestación: Jubilación Ordinaria Edad Avanzada Invalidez Pensión

CARÁCTER DE SERVICIOS A RECONOCER

PRENO - PEC		Ley N° 3003	
Dec. N° 1429/04		Progr. Municipal	
Dec. N° 3095/04		Ley N° 3327	

ORGANO U ORGANISMO DE PRESTACION DE SERVICIOS	PERIODO	
	Desde	Hasta

LUGAR DE ACTUAL PRESTACION DE SERVICIOS

	Planta:	
--	---------	--

DATOS PERSONALES

Domicilio:		N°	
Localidad			
Provincia			
E-mail		Tel. N°	

SE ACOMPAÑA

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
ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ

FIRMA DEL SOLICITANTE

ACLARACION: _____

D.N.I. N° _____

CERTIFICACION OFICIAL DE SERVICIOS

LA SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL y/o
LA MUNICIPALIDAD DE

SE SOLICITA CERTIFICAR QUE:

APELLIDO Y NOMBRE/S:		
DOC. IDENT. N°		C.U.I.L. N°:
LEGAJO PERSONAL N°		FUNCION:

PRESTO SERVICIO/S EN EL/LOS SIGUIENTE/S PERIODO/S

Desde	Hasta	Total	Observaciones (Indicar tipo de Programa y/o N° de Decreto u Ordenanza)

DADO EN LA CIUDAD DE _____
A LOS ____ DIAS DEL MES DE _____ DEL AÑO ____ A LOS EFECTOS DE SER
REMITIDO A LA CAJA DE PREVISION SOCIAL DE LA PROVINCIA DE SANTA CRUZ.-----

FIRMA FUNCIONARIO CERTIFICANTE
ESCRIBANO O JUEZ DE PAZ

FIRMA AUTORIDAD SUPERIOR
SEC. DE TRABAJO o MUNICIPAL