



# 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

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

### SERVICIOS DESEMPEÑADOS EN LA ADMINISTRACION PUBLICA PROVINCIAL O MUNICIPAL

MINISTERIO / ORGANISMO	ACTIVIDAD	DESDE	HASTA

### CERTIFICACION DE SERVICOS CON O SIN REMUNERACIONES

SI
NO

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

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

<b>CAJA O INSTITUTO</b>			
<b>DOMICILIO</b>			
<b>LOCALIDAD</b>		<b>COD. POSTAL</b>	
<b>PROVINCIA</b>			
<b>OBSERVACIONES</b>			
<b>LUGAR DE SOLICITUD</b>		<b>FECHA</b>	

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° \_\_\_\_\_