



Provincia de Santa Cruz



Caja de Previsión Social

**Solicitud de
"RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS"
Ley N° 2936 y Modificatorias**

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de Declaración Jurada (Decreto N° 6178/54)

DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellido y Nombre: _____			
Documento de Identidad: DNI/LC/LE/ CI/N° _____		CUIL: ____ - _____ - ____	
Fecha Nacimiento: ___/___/___ - Estado Civil: _____		Nacionalidad: _____	
Gestiono Reconocimiento de Servicios: Si ___ - No ___		En Caja o Instituto: _____	
Expediente N°: _____			
Gestiono Prestación: Jubilación Ordinaria <input type="checkbox"/> Edad Avanzada <input type="checkbox"/> Invalidez <input type="checkbox"/> Pensión <input type="checkbox"/>			

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
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___
	___/___/___	___/___/___

ORGANO U ORGANISMO DE ACTUAL PRESTACION DE SERVICIOS	
	Planta:

DATOS PERSONALES			
Domicilio: Calle		N°	
Localidad			
Provincia			
E-mail	@	Tel. N°	

SE ACOMPAÑA Copia 1° y 2° hoja del Documento Nacional de Identidad

Certifico que los datos del afiliado concuerdan con su documento de identidad y que la firma fue estampada en mi presencia.

FIRMA
JEFE DE PERSONAL

FIRMA
DEL AFILIADO SOLICITANTE

CERTIFICACION OFICIAL DE SERVICIOS

LA SECRETARIA DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL y/o

LA MUNICIPALIDAD DE _____

SE SOLICITA CERTIFICA 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
D	M	A	D	M	A	D	M	A	(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 Y SELLO
 JEFE OFICINA VERIFICADORA

 FIRMA Y SELLO
 AUTORIDAD CERTIFICANTE