

SOLICITUD DE SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO Y LUTO CONVIVIENTE DE AFILIADOS ACTIVOS

Afiliado N°

Fecha:

E-Mail :
(Dirección de correo electrónico donde acepto la validez de todas las notificaciones)

Apellidos y nombres del afiliado :

Apellido y nombres del conviviente:

Fecha de fallecimiento:

CBU:
(Cuenta en la que será depositado el subsidio)

Domicilio: Localidad:

Código Postal: Teléfono:

Documento de identidad:..... Estado civil:

Fecha de nacimiento solicitante/s
TODOS LOS DATOS SON OBLIGATORIOS

DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.

.....
Firma

La firma que precede de don/ña.....ha sido puesta en mi presencia exhibiendo documento de identidad tipo DNI - LE - LC N°

.....
Firma

Sello aclaratorio

Podrán autenticar: Juez de Paz , Escribano de Registro, Presidente del Colegio Departamental y funcionarios de la Caja de Previsión Social