Caja *de* Previsión Social *para* Martilleros *y* Corredores Públicos *de la* Provincia *de* Buenos Aires – Ley 7014

AMPLIACIÓN

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PREVISIONALES

Afiliado N°.....….

Fecha:……

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

Apellidos y nombres completos:.....

Domicilio:.....Localidad:.....

Código Postal:.....Teléfono:.....

Documento de identidad:.....Estado civil:.....
Tipo y número

INDICAR:

PERÍODO QUE SOLICITA SU RECONOCIMIENTO: ……

……

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**.**

47 n° 529 – (B1900AJU) La Plata – Telefax n° (0221) 423-2649 y 423-2650
E-mail: caja@marticorba.org.ar - Página Web: www. marticorba.org.a