

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO ANTICIPADO DE SERVICIOS

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

PERSONAS A CARGO:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Otros beneficios:

SI
NO

Tipo:

Otorgado o en trámite:

Caja: Expediente N° :

Indicar si posee Obra Médico-Asistencial

SI
NO

¿Cuál?

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