

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS POR CONVENIOS DE RECIPROCIDAD

Afiliado N°

Fecha:

Apellidos y nombres completos :

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

Domicilio: Localidad:

Código Postal:Teléfono:

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

Fecha de nacimiento:
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