

SOLICITUD DE SUBSIDIO JUBILATORIO PARCIAL

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:**
Tipo y número

Fecha de nacimiento:

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