



**SOLICITUD DE JUBILACIÓN ORDINARIA.**

Afiliado N°.....

Fecha: .....

E-Mail:.....

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.