



SOLICITUD DE JUBILACIÓN EXTRAORDINARIA POR INVALIDEZ.

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:

<u>Apellidos y nombres completos</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Documento</u>	<u>Nacimiento</u>	<u>Incapacidad</u>

Otros beneficios: SI NO Tipo:.....

Otorgado o en trámite:.....

Caja:.....Expediente N°:.....

Indicar si posee Obra Médico-Asistencial: SI NO ¿Cuál?.....

Causales de Incapacidad: Se adjuntan copias de Historia clínica y de los certificados médicos donde constan las patologías existentes y la fecha de comienzo de la incapacidad total y permanente.

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 funcionario de la Caja de Previsión Social.