



SOLICITUD DE PENSIÓN.

Afiliado N°

Fecha:.....

E-Mail:.....

Apellidos y nombres del afiliado:.....

Apellidos y nombres completos del/los solicitante/s:.....

Domicilio:..... Localidad:.....

Código Postal:..... Teléfono:.....

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

Tipo y número

Fecha de nacimiento:.....

PERSONAS A CARGO:

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

Indicar si el afiliado era beneficiario de otra prestación previsional:.....

Otros beneficios del/los peticionante/s SI NO Tipo:.....

Otorgado o en trámite:.....

Caja/s:..... Expedientes N°:.....

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

Observaciones: (Indicar, por ejemplo, si conocen la existencia de otra persona con derecho a pensión).....

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.
47 n° 529 - (B1900AJU) La Plata - Telefax n° (0221) 423-2649 y 423-2650
E-mail: caja@marticorba.org.ar - Página Web: www.marticorba.org.a