



**SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO
ANTICIPADO DE SERVICIOS
PREVISIONALES**

Afiliado N°.....

Fecha:.....

Apellidos y nombres completos:.....

E-Mail:.....

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/s 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



**Caja de Previsión Social para Martilleros y Corredores Públicos
de la Provincia de Buenos Aires - Ley 7014**

✱ Podrán autenticar: Juez de Paz, Escribano de Registro, Presidente del Colegio Departamental y funcionarios de la Caja de Previsión Social.