



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PREVISIONALES POR CONVENIOS DE RECIPROCIDAD

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:

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

Otros beneficios: SI NO Tipo:

Otorgado/s o en trámite:

Cajas/s	Expediente/s N°	Años reconocidos

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.