



**SUBSIDIO JUBILATORIO PARCIAL**

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 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.