



**SOLICITUD DE SUBSIDIO POR
FALLECIMIENTO/LUTO o
GASTOS DE SEPELIO.**

Afiliado N°.....

Fecha:

E-Mail del Solicitante:.....

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>

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 certificar: Juez de Paz, Escribano de Registro, Presidente de Colegio Departamental y funcionarios de la Caja de Previsión Social.