



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

**AMPLIACIÓN**

**RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS  
PREVISIONALES**

Afiliado N°.....

Fecha:.....

Apellidos y nombres completos:.....

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

Código Postal:.....Teléfono:.....

Documento de identidad:.....Estado civil:.....  
Tipo y número

INDICAR:

**PERÍODO QUE SOLICITA SU RECONOCIMIENTO:** .....

**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.