



Rev. 1 – FEB/2009

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

INICIADO POR:

RECONOCIDO POR:

C.U.I.L.

IMPORTANTE: Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de declaración jurada.-
El falseamiento, ocultamiento o negación de la verdad en un instrumento público, hacen pasible al declarante de las penalidades impuestas en su caso, por los artículos 172, 275 y 293 del Código Penal.-

(Marcar con una X según corresponda)

1- COMPLETAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO					
Apellido /s y Nombre /s: (1)				Tipo(2) y N° de Documento:	
.....				
(1) Como figura en el Documento de Identidad.-				(2) 1: Libreta de Enrolamiento / 2: Libreta Cívica / 3: DNI / 4: Cédula de Identidad / 5: Pasaporte.-	
Sexo:		Fecha de Nacimiento		Nacionalidad:	
Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>		
		DIA MES AÑO			
Estado Civil:	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>	Separado de Hecho: <input type="checkbox"/>	Separado Legalmente o divorciado: <input type="checkbox"/>
				Desde Fecha: ____/____/____	Desde Fecha: ____/____/____
1-1- DATOS DEL DOMICILIO					
Domicilio – Calle o Paraje Rural:					
.....					
Número:	Piso:	Dpto.:	C.P.:	Barrio:	
.....	
Localidad:				Provincia:	
.....				
Teléfono:		Fax:		E – mail:	
.....		

¿ Solicita cómputo privilegiado para todas las actividades que correspondan, desarrolladas con anterioridad al 21/01/96 ? SI - NO
(PROVINCIA DE SANTA FE) (Marcar con un círculo)

2- COMPLETAR ÚNICAMENTE EN CASO DE SOLICITUD DE PENSIÓN									
Apellido/s y Nombres Completos de los Solicitantes	Parentesco	Nació			Documento de Identidad		Est. Civil	Es inca - pacitado SI - NO	Tiene otro Beneficio SI - NO
		D	M	A	Tipo	Número			
.....
.....
.....
.....



Rev. 1 – FEB/2009

3- COMPLETAR EN TODOS LOS CASOS POR LA /S PERSONA /S QUE SOLICITA /N EL BENEFICIO					
Detalle cronológico de todos los servicios prestados por el afiliado con o sin relación de dependencia e indicación de causales de períodos de inactividad desde los 18 años.-					
Empresa, Repartición, Empleadora y /o Actividad por Cuenta Propia o causal de inactividad	Act. Principal	Tarea o Cargo	DESDE	HASTA	

4- DATOS DEL REPRESENTANTE PARA TRAMITAR

Apellido /s y Nombre /s: (1)	Tipo(2) y N° de Documento:
(1) Como figura en el Documento de Identidad.-	(2) 1: Libreta de Enrolamiento / 2: Libreta Cívica / 3: DNI / 4: Cédula de Identidad / 5: Pasaporte.-

Sexo: Femenino: <input type="checkbox"/> Masculino: <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento	Nacionalidad:						
	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin: 0 auto;"> <tr> <td style="border: none; border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"> </td> <td style="border: none; border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"> </td> <td style="border: none; border-bottom: 1px solid black; width: 33%;"> </td> </tr> <tr> <td style="border: none; font-size: small; text-align: center;">DIA</td> <td style="border: none; font-size: small; text-align: center;">MES</td> <td style="border: none; font-size: small; text-align: center;">AÑO</td> </tr> </table>				DIA	MES	AÑO	
DIA	MES	AÑO						

4-1- DATOS DEL DOMICILIO

Domicilio – Calle o Paraje Rural:						
Número:	Piso:	Dpto.:	C.P.:	Barrio:		
Localidad:				Provincia:		
Teléfono:	Fax:	E – mail:				

Firma o impresión Dígito Pulgar Beneficiario
Aclaración de Firma:

Firma o impresión Dígito Pulgar Apoderado
Aclaración de Firma:



GOBIERNO DE SANTA FE

MINISTERIO DE TRABAJO Y SEGURIDAD SOCIAL
CAJA DE JUBILACIONES Y PENSIONES



REGIÓN CENTRO
CÓRDOBA - ENTRE RÍOS - SANTA FE



Rev. 1 – FEB/2009

5 - CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)

(*) Únicamente podrán certificar funcionarios de las Cajas de Previsión, Oficiales de las Fuerzas de Seguridad Nacionales o Provinciales, Juez de Paz, escribano con registro y directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales, Municipales o Privadas, en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su dirección-

() En el caso de los servicios prestados en la provincia de Santa Fé, no son válidas las certificaciones de firma realizadas por las Fuerzas de Seguridad Nacionales o Provinciales.**

Certifico que los datos consignados en los recuadros N° 1 y 4 son copia fiel de los obrante/ s en el /los documentos oficiales de identidad y filiación que tuve a la vista, y que la /s firma /s e impresión /s estampada /s fue /ron colocada/ s en mi presencia.
Lugar y Fecha:

Firma Verificador....., Firma.....
Aclaración de Firma Sello Aclaración de Firma y Cargo