

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

A – TIPO DE JUBILACIÓN SOLICITADA:		☐ Ordinaria ☐ Art. 14 ☐ Art. 14bis		☐ Edad Avanzada
B – ENCUADRE LEGAL:	☐ Art. 62	☐ Art. 73	☐ Art. 74	☐ Art. 75
	☐ Ley: 12867	☐ Ley: 9207	☐ Régimen Opcional Docente Ley 12464	
C – DEL TITULAR				
Apellidos: Paterno: Materno:				
Nombre/s Completo/s:				
Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		Fecha de Nacimiento: ____/____/____		
Nacionalidad:		País Residencia:		
DOCUMENTO			SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI	
Tipo: ☐ D.N.I. ☐ L.E. ☐ L.C. ☐ C.I. ☐ Otros Letra:.....			C.I. Expedida por:	
Número:				
DOMICILIO PARTICULAR				
Calle: Nº:				
Manzana: Lote: Monoblock: Piso: Dpto:				
Localidad: Provincia: Cód. Postal:				
País: Teléfono: (.....) - E-mail:				
ESTADO CIVIL				
☐ Soltero ☐ Separado de hecho ☐ Viudo ☐ Separado legalmente ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Conviviente			Fecha Estado Civil: ____/____/____	
Si es Conviviente, ¿presenta Declaración Jurada de Convivencia? ☐ No ☐ Sí Si es Separado de Hecho, Separado Legalmente o Divorciado, presenta: Sentencias: ☐ No ☐ Sí Demandas: ☐ No ☐ Sí Otros: ☐ No ☐ Sí				
Declaración Jurada de Cargas de Familia			☐ No ☐ Sí	
OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES / SOCIALES				
¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite? ☐ No ☐ Sí Tipo de Beneficio:				
Caja o Instituto Expediente N°:				
Ha iniciado expediente con anterioridad en esta Caja ☐ No ☐ Sí Expediente N°:				
Concepto:				
¿Computará servicios de Otras Cajas? ☐ No ☐ Sí Cajas:				

¿Solicita Cómputo Privilegiado para todas las actividades que correspondan? Períodos:

☐ No ☐ Sí

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

Con anterioridad al 21/01/1996	☐
Desde el 21/01/1996 al 07/10/2005	☐
Con posterioridad al 07/10/2005	☐
Adjunta constancia emitida por la Caja del Seguro Mutual.	☐ No ☐ Sí
¿Autoriza a realizarle el descuento correspondiente para el Seguro Mutual?	☐ No ☐ Sí

D – DEL LUGAR DE COBRO DEL BENEFICIO

Lugar de Cobro:

E – DE LA OBRA SOCIAL (únicamente para Ley N° 9.605)

Constancia emitida por IAPOS. ☐ No ☐ Sí

Opta por la Obra Social: ☐ I.A.P.O.S. ☐ Otra

Si Ud. opta por la Obra Social I.A.P.O.S., ¿autoriza a realizarle el descuento automático por planilla? ☐ No ☐ Sí

F – REPRESENTANTE PARA TRAMITAR (completar formulario VS-CP 01) ☐ No ☐ Sí

G – REPRESENTANTE PARA PERCIBIR (completar formulario VS-CPC 01) ☐ No ☐ Sí

H – DE LOS SERVICIOS PRESTADOS (declaración de servicios desde los 18 años de edad)

PARA CADA ORGANISMO DEL QUE PRESENTA UNA FOJA DE SERVICIOS

Organismo	Actividad	Período	
		Desde	Hasta
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

I – DE LA RENUNCIA

¿Adjunta la renuncia? ☐ No ☐ Sí Fecha Renuncia: ____/____/____

J – DEL CESE

¿Adjunta el cese? ☐ No ☐ Sí Fecha Cese: ____/____/____

Todos los datos consignados en este formulario revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA.

K – DE LA CONTINUIDAD LABORAL	
¿Continuará en actividad como jubilado?	☐ No ☐ Sí
Si continuará trabajando, ¿qué tipo de actividad desarrollará?	☐ Autónoma ☐ En relación de dependencia
Si trabajará en relación de dependencia, será:	
☐ Con Suspensión del beneficio (Art. 61 bis)	☐ Sin Suspensión del beneficio (Art. 62)
OBSERVACIONES	
.....	
.....	
.....	
.....	

Lugar y Fecha

Firma del Solicitante

Aclaración de Firma

Certifico que los datos consignados en los recuadros anteriores son copia fiel de/los obrante/s en el/los documento/s de identidad que en cada caso se indica/n que tuve a la vista y que la/s firma/s estampada/s en la línea anterior fueron colocados en mi presencia.

Lugar y Fecha

Firma de Autoridad Competente

Aclaración de Firma y Cargo