



Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

Solicita Reconocimiento de Servicios según:

- Decreto Ley 9316/46 Ley 9207 (reciprocidad con cajas profesionales)

1- DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

Domicilio:

Localidad: CP _____

E-Mail: (se podrá utilizar para notificaciones electrónicas):

Tel. Fijo: Tel. Celular:

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Conviviente Viuda/o Divorciada/o Separada/o de Hecho/Legal

Fecha Casamiento o inicio de Convivencia: _____ Hijas/os: SI NO Cantidad: _____

¿EN QUE ORGANISMO PRESENTARÁ EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS? (OBLIGATORIO):

.....

Retirará personalmente el expediente: SI NO En el caso de marcar SI, indique por cual Delegación:

Santa Fe Rosario Rafaela Reconquista Venado Tuerto CABA San Justo

El expediente se reservará en la Delegación solicitada por 2 meses. Luego se remitirá al organismo previsional que corresponda.

Autoriza a la persona apoderada a retirar el expediente: SI NO

OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES / SOCIALES

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?: SI NO Tipo de Beneficio:

¿En que Caja o Instituto?:

¿Ha iniciado expediente con anterioridad en ésta Caja?: SI NO Expediente N°:

2- SI LA PERSONA AFILIADA FALLECIÓ

Relación con la persona fallecida: Viuda/o Conviviente Hija/o Ex-esposa/o

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

F : R - 11

Rev. 8- Sept / 2022



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones



Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

3- DE LOS SERVICIOS

CÓMPUTO PRIVILEGIADO

¿Solicita Cómputo Privilegiado para todas las actividades que correspondan?

SI NO

Indique en que períodos:

Anteriores al 21/01/1996 Del 22/01/96 al 29/12/99 Del 30/12/99 al 06/10/05 Posteriores al 07/10/2005

Detalle **TODOS** los servicios prestados a partir de los 18 años. Recuerde que ésta es una Declaración Jurada.

Nº	Organismo Empleador	Actividad	Período	
			Desde	Hasta
1				
2				
3				
4				
5				

4- CONFORMIDAD PARA NOTIFICACIONES ELECTRÓNICAS

Declaro que presto mi conformidad para que la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Santa Fe envíe las notificaciones que corresponda electrónicamente, aceptando la validez de las mismas.

Escriba Si o NO :

5- FIRMAS:

Declaro bajo juramento y en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y correctos.

Firma de quién solicita

Aclaración de Firma

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.-

*Firma y Sello de Autoridad Certificante

Lugar y Fecha

(*) Certificación de firmas y copias: deben realizarse únicamente ante Escribanía Pública, Autoridad Judicial o por este organismo.