



## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

RECONOCIDO POR: .....

**C.U.I.L.**

El falso testimonio, 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.-

<b>1- COMPLETAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS DEL AFILIADO</b>																																																																					
Apellido /s y Nombre /s: (1)																																						Tipo(2) y Nº 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 <div style="text-align: center;"> _ _ _ _ _ _ _  DIA        MES        AÑO</div>										Nacionalidad:																																		
Estado Civil:															Soltero <input type="checkbox"/>										Casado <input type="checkbox"/>										Viudo <input type="checkbox"/>										Separado de Hecho: <input type="checkbox"/> Desde Fecha: __/__/__										Separado Legalmente o divorciado: <input type="checkbox"/> Desde Fecha: __/__/__														
<b>1-1- DATOS DEL DOMICILIO</b>																																																																					
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 ☐

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			
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
								SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>



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



Rev. 2 – Jun 2016

### 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 Nº de Documento:	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
(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"/>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <span>DIA</span> <span>MES</span> <span>AÑO</span> </div>			

### 4-1- DATOS DEL DOMICILIO

Domicilio – Calle o Paraje Rural:					
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>					
Número:	Piso:	Dpto.:	C.P.:	Barrio:	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
Localidad:				Provincia:	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>				<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	
Teléfono:		Fax:		E – mail:	
<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>		<div style="border-bottom: 1px solid black; width: 100%; height: 1.2em;"></div>	

Firma o impresión Dígito Pulgar Beneficiario  
Aclaración de Firma:

Firma o impresión Dígito Pulgar Apoderado  
Aclaración de Firma:



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



Rev. 2 – Jun 2016

**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	Aclaración de Firma y Cargo
Sello	

