



El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

Solicita Reconocimiento de Servicios según:

☐ **Decreto Ley 9316/46** (reciprocidad con cajas Prov./ANSeS) ☐ **Ley 9207** (reciprocidad con cajas profesionales)

En qué delegación de la Caja de Jubilaciones y Pensiones iniciará el trámite:

☐ Santa Fe ☐ Rosario ☐ Rafaela ☐ Reconquista ☐ Venado Tuerto ☐ CABA ☐ San Justo

1- DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Apellidos y Nombres:

(como figuran en el DNI):

CUIL: | | | | | | | | | | Sexo: ☐ M ☐ F Fecha Nac: | | / | | / | |

Domicilio:

| | | | | | | | | | |
|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Localidad: | CP | | | | | | | | |
|------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tel. Fijo: _____ **Tel. Celular:** _____

2- ¿EN QUÉ ORGANISMO PRESENTARÁ EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS? (OBLIGATORIO):

3- 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): _____

Número de CUIL: | | | | | | | | | | | |

4- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO (requisito esencial)

Las notificaciones por medios electrónicos **son plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

E-Mail de TITULAR:



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

F11

El presente formulario tiene carácter de **Declaración Jurada**. Por favor complete todos los puntos.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

5- CÓMPUTO PRIVILEGIADO - DIFERENCIADO

La opción DEBE SER REALIZADA EN **ACTIVIDAD** y ANTE EL **EMPLEADOR**.

Debe adjuntar constancia de dicha opción, incluyendo el inicio del descuento del 50% del aporte adicional, según Ley 14283.

¿Solicita el Cómputo Privilegiado / Diferenciado para todas las actividades que correspondan?

☐ SI ☐ NO

Si respondió que SÍ en la pregunta anterior, indique por cuáles períodos:

☐ Con anterioridad al 21/01/1996

☐ Desde el 22/01/1996 al 07/10/2005

☐ Posteriores al 07/10/2005

OBSERVACIONES:

6- FIRMAS

Manifiesto que he tomado conocimiento de mi **obligación de comunicar a la Caja** cualquier modificación que pueda afectar el derecho a la percepción del beneficio (art. 99 Ley 6915)

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

(*) Las certificaciones de firmas deben realizarse ante escribanía pública, autoridad judicial, organismo competente, o ante esta Caja.