

FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Señor

Presidente de la Caja de Seguridad Social para
los Profesionales del Arte de Curar de la
Provincia de Santa Fe
Presente

Solicito a Ud., y por su intermedio al H. Directorio de la Caja que preside, el reconocimiento de los servicios con aportes a esa Institución, en los términos del art. 5 del Convenio de Reciprocidad aprobado por Resolución de la Subsecretaría de Seguridad Social de la Nación N° 363/81, a fin de computarlos para la solicitud del beneficio previsional, cuyo otorgamiento se formulará a la siguiente Caja Otorgante:

cuyo domicilio es

Apellido y nombre:

Afiliado N°: D.N.I. N°:

Domicilio:

Localidad: Provincia:

Teléfono:

Presto mi conformidad para que se me notifique la resolución que se dicte al siguiente e-mail:

Me notifico de que, de conformidad con lo normado por el art. 11 de la Ley 12.818, es obligación del afiliado comunicar en tiempo y forma fehaciente todo cambio de domicilio postal o electrónico, siendo de mi exclusiva responsabilidad las consecuencias que pudieran derivar de tal incumplimiento. Las notificaciones serán válidas en los domicilios denunciados hasta tanto el afiliado comunique fehacientemente el cambio.

Saludos a Ud. atentamente,

Certifico que la firma que antecede fue puesta en mi presencia por el solicitante.

FIRMA DEL SOLICITANTE

Firma y aclaración del funcionario certificante (Autoridad Judicial, Escribano Público o personal de la CPAC)

ACLARACIÓN O SELLO