



## RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

FOR-REC-001

### 1- DATOS PERSONALES

APELLIDOS Y NOMBRES

NRO DE AFILIADO

FECHA DE NACIMIENTO	DOCUMENTO	CELULAR			
DÍA - MES - AÑO	TIPO NUMERO	COD PAIS COD AREA			NRO TELEFONO
<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	+54 0 <input type="text"/>			15 <input type="text"/>

CORREO ELECTRONICO

### 2- DOMICILIO

CALLE:	<input type="text"/>	N°	<input type="text"/>	PISO:	<input type="text"/>	DPTO.	<input type="text"/>
C.P.:	<input type="text"/>	LOCALIDAD:	<input type="text"/>	PROVINCIA:	<input type="text"/>		

### 2 - APORTES O BENEFICIOS DE OTRAS CAJAS

SOLICITO EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON APORTES A LA CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS PROFESIONALES DEL ARTE DE CURAR DE LA PROVINCIA DE SANTA FE, 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 OBTENCIÓN DEL BENEFICIO PREVISIONAL, CUYO OTORGAMIENTO SE FORMULARÁ A LA SIGUIENTE CAJA OTORGANTE:

### CONFORMIDAD DE NOTIFICACIONES POR MAIL

PRESTO MI CONFORMIDAD PARA QUE SE ME NOTIFIQUE LA RESOLUCION QUE SE DICTE AL CORREO ELECTRONICO ESPECIFICADO EN EL PRESENTE FORMULARIO.

### ACLARACION

EL PRESENTE FORMULARIO DEBERA SER FIRMADO SI SE PRESENTA EN FORMATO PAPEL IMPRESO. NO SERA NECESARIA LA FIRMA MANUSCRITA SI LA SOLICITUD SE ENVIA POR UN MEDIO DIGITAL, EN CUYO CASO DEBERÁ COMPLETAR TODA LA INFORMACION Y ENVIARLO EN FORMATO PDF A TRAVES DE ALGUNO DE NUESTRO MEDIOS DIGITALES.

 /  / 

FECHA

FIRMA

ACLARACIÓN DE FIRMA