



Beneficio que solicita: (Marcar con una "X")

Jubilación:

<input type="checkbox"/> Ordinaria	<input type="checkbox"/> Por Invalidez
<input type="checkbox"/> Ordinaria con Haber Reducido	<input type="checkbox"/> Reconocimiento de Servicios
<input type="checkbox"/> Ordinaria por Reciprocidad	<input type="checkbox"/> Otros.

Datos del Afiliado comunes a todos los trámites:

APELLIDO Y NOMBRES

--

NUMERO DE LEGAJO

TIPO Y NUMERO DE DOCUMENTO

FECHA NACIMIENTO

	DNI / LE / LC N°:			
--	-------------------	--	--	--

NACIONALIDAD

COLEGIO DE ABOGADOS

--	--

C.U.I.T./C.U.I.L./C.D.I.:

TOMO

FOLIO

--	--	--	--	--	--	--

ESTADO CIVIL

<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado de Hecho	Desde: / /	- Autoridad Ante quien formulo la denuncia: _____
<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Separado Legalmente	Desde: / /	- Acción Judicial iniciada ante: _____
<input type="checkbox"/> Viudo	<input type="checkbox"/> Divorciado	Desde: / /	- Acción Judicial iniciada ante: _____

DOMICILIO REAL

Calle:	N°:	Piso:	Dpto:
Localidad:	C.P.:	Telefono/s:	

DOMICILIO PROFESIONAL EN LA PAMPA

Calle:	N°:	Piso:	Dpto:
Localidad:	C.P.:	Telefono/s:	

DATOS DE FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO DE PENSION

APELLIDO Y NOMBRES	PARENTESCO	FECHA NAC.			INCAPACITADO AMPARO			
		D	M	A	Si	No	Si	No

CONTINUA

Completar en caso de tramitar Jubilación Prest. por Edad Avanzada y Reconocimiento de Servicios:

CONVENIO DE RECIPROCIDAD - RESOLUCION 363/81	
¿Aplicará Convenio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Cajas Participantes: _____ _____ _____	
Caja Otorgante: _____ Expediente N°: _____	

OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES DEL AFILIADO Y PENSIONADOS	
¿Tiene otro beneficio jubilatorio?	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
CAJA	MONTO

OTRAS MATRICULAS VIGENTES

<p>Dejo constancia que todos los datos consignados en esta solicitud revisten el caracter de DECLARACIÓN JURADA. Para el caso que, por aplicación del artículo 98 de la Ley 1861, en mi Cuenta General surgiera SALDO NEGATIVO, solicito se aplique el procedimiento de disminución de deuda previsto en el artículo 99 de la mencionada Ley.</p>	
Lugar y Fecha: _____	
_____	_____
Firma del Solicitante	Aclaración de Firma

<p>Certificación de la entidad y Firma por Autoridad Competente: (Únicamente podrá certificar Directivos y Funcionarios de la Caja Forense)</p>	
Lugar y Fecha: _____	
_____	_____
Sello y Firma	Aclaración de Firma y Cargo

DOCUMENTACION QUE DEBE ACOMPAÑAR A LA "SOLICITUD DE JUBILACION PRESTACION POR EDAD AVANZADA Y/O RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS"
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Certificado de Matrimonio
<input type="checkbox"/> Fotocopia certificada del Documento de Identidad
<input type="checkbox"/> Certificados de Matriculas Vigentes
<i>Para Jubilación Extraordinaria además deberá presentar:</i>
<input type="checkbox"/> Certificado médico con la firma del Profesional certificada por Colegio, Círculo, Agremiación o Centro Médico.
<input type="checkbox"/> Resumen historia clínica con la firma del Profesional certificada por Colegio, Círculo, Agremiación o Centro Médico.
<input type="checkbox"/> Documentación médica sobre la incapacidad denunciada.
<i>Para Jubilación Ordinaria por Reciprocidad, además deberá presentar:</i>
<input type="checkbox"/> Expediente de Reconocimiento de Servicio.

IMPORTANTE

Para dar ingreso a esta solicitud es indispensable la presentación de la TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

A la fecha de concesión del beneficio deberán estar canceladas las deudas que, en concepto de Aportes Previsionales, al Fondo Solidario para Otras Coberturas, Aportes en Procesos Judiciales y Préstamos, registrara el Afiliado.

<u>Observaciones:</u>

DATOS DEL RESPONSABLE QUE RECIBE	
<u>Delegación:</u>	

Firma	Aclaración de Firma