



Caja Forense de La Pampa

25 de Mayo 246 - Tel. 45-4212 / 45-4214 - FAX: 43-2787

E-mail: info@cforense.org

L6300DVF - SANTA ROSA - LA PAMPA

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Datos del Afiliado:

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: _____
Localidad: _____ C.P.: _____ Telefono/s: _____

DOMICILIO PROFESIONAL EN LA PAMPA

Calle: _____
Localidad: _____ C.P.: _____ Telefono/s: _____

SERVICIOS APORTADOS A OTROS ORGANISMOS

Cajas Intervinientes:	Servicios desde	Hasta
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____
_____	____/____/____	____/____/____

El presente RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS se solicita para ser presentado ante: _____

en donde tramito por Expte. N°: _____

el beneficio de: _____

Resuelto deberá remitirse a/ entregarse a: _____

Dejo constancia que todos los datos consignados en esta solicitud revisten el caracter de DECLARACIÓN JURADA.

Firma del Solicitante

Aclaración de Firma

Certificación de la entidad y Firma por Autoridad Competente: (Unicamente podrá certificar Directivos y Funcionarios de la Caja Forense)

Lugar y Fecha: _____

Sello y Firma

Aclaración de Firma y Cargo

Observaciones:

DATOS DEL RESPONSABLE QUE RECIBE

Delegación:

Firma

Aclaración de Firma