

## SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS POR CONVENIOS DE RECIPROCIDAD

Afiliado N°

**Fecha:** .....

**Apellidos y nombres completos :** .....

**E-Mail :** .....  
(Dirección de correo electrónico donde acepto la validez de todas las notificaciones)

**Domicilio:** ..... **Localidad:** .....

**Código Postal:** ..... **Teléfono:** .....

**Documento de identidad:**..... **Estado civil:** .....

**Fecha de nacimiento:** .....

Tipo y número

**PERSONAS A CARGO:**

Apellidos y nombres completos	Parentesco	Documento	Nacimiento	Incapacidad

**Otros beneficios:**

SI
NO

**Tipo:**.....

**Otorgado o en trámite:**.....

**Caja:**..... **Expediente N° :** .....

**Indicar si posee Obra Médico-Asistencial**

SI
NO

**¿Cuál?**.....

***DECLARO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON CIERTOS Y REALES Y QUE LOS FORMULO CON CONOCIMIENTO DE LAS PENALIDADES DEL ART. 293° DEL CÓDIGO PENAL.***

.....  
**Firma**

Nota: La resolución que resulte de la presente solicitud se circunscribirá a analizar y determinar los años de ejercicio profesional que acredite en esta Caja, sin que ello pueda presumir anticipadamente la procedencia de la jubilación en el marco del Sistema de Reciprocidad, por cuanto dichas circunstancias recién podrán analizarse una vez que se integre con las actuaciones debidamente aprobadas en cada uno de los sistemas concurrentes, quedando a cargo del interesado su presentación ante esta institución.