

## SOLICITUD DE SUBSIDIO JUBILATORIO PARCIAL

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: .....  
Tipo y número

Fecha de nacimiento: .....

Sucursal Bco. Provincia (indique en que sucursal preferiría que se le abra cuenta):

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