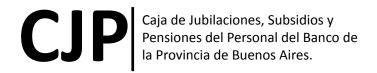


SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS - EX AGENTE FALLECIDO

AFILIADO/A N°//													
DATOS DEL/DE LA CAUSANTE													
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)					FECHA DE FALLEC.								
., .,													
DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE				I									
(*) PARENTESCO:													
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)		FECHA DE NACIMIENTO											
		C.U.I.L.											
DOC.DE IDENTIDAD					ESTADO CIVIL								
TIPO: LC. / LE. / DNI. Nº:		Nº:											
DOMICILIO													
CALLE:	Nº		PISO:	DPTO.:	: (C.P:							
PROVINCIA:	LOCA	LIDAD	LIDAD: E		RRIO:								
TELEFONOS			·										
CODIGO AREDE A: PARTIC			CULAR: OTRO)/CEL:							
Mail:													
¿Gestiona el Reconocimiento de Servicios													
paraobtener un bene icio previsional?	SI	NO	O ENTIDAD:										
Observaciones:													
En la actualidad, de surgir diferencias a ingresa					ortizaré la	a suma que	e corre-						
sponda, en las condiciones prescritas por el a	ırt. 19º	², del ſ	Decreto Nº 9.316/4	6.									
LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA													
 NOTA: A la presentación de estos formularios por origin Fotocopia certificada de la 1° y 2° hoja del docur Certificación de Servicios, por original, extendida Fotocopia de la Certificación de Servicios. Certificado de Defunción del titular fallecido (Po Acta de matrimonio legalizado, por original y un En el caso de obrar en su poder, presentar la Dec 	mento de a por el l or origina a fotoco	le Identi Banco d al o Foto opia de I	dad del solicitante (por c de la Provincia de Buenos ocopia certificada). a misma.	Aires.		a misma.							

FIRMA



SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS - EX AGENTE FALLECIDO

AFILIADO/A N°//													
DATOS DEL/DE LA CAUSANTE													
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)					FECHA DE FALLEC.								
., .,													
DATOS DEL/DE LA SOLICITANTE				I									
(*) PARENTESCO:													
APELLIDO (S) Y NOMBRE (S)		FECHA DE NACIMIENTO											
		C.U.I.L.											
DOC.DE IDENTIDAD					ESTADO CIVIL								
TIPO: LC. / LE. / DNI. Nº:		Nº:											
DOMICILIO													
CALLE:	Nº		PISO:	DPTO.:	: (C.P:							
PROVINCIA:	LOCA	LIDAD	LIDAD: E		RRIO:								
TELEFONOS			·										
CODIGO AREDE A: PARTIC			CULAR: OTRO)/CEL:							
Mail:													
¿Gestiona el Reconocimiento de Servicios													
paraobtener un bene icio previsional?	SI	NO	O ENTIDAD:										
Observaciones:													
En la actualidad, de surgir diferencias a ingresa					ortizaré la	a suma que	e corre-						
sponda, en las condiciones prescritas por el a	ırt. 19º	², del ſ	Decreto Nº 9.316/4	6.									
LA PRESENTE REVISTE CARÁCTER DE DECLARACIÓN JURADA													
 NOTA: A la presentación de estos formularios por origin Fotocopia certificada de la 1° y 2° hoja del docur Certificación de Servicios, por original, extendida Fotocopia de la Certificación de Servicios. Certificado de Defunción del titular fallecido (Po Acta de matrimonio legalizado, por original y un En el caso de obrar en su poder, presentar la Dec 	mento de a por el l or origina a fotoco	le Identi Banco d al o Foto opia de I	dad del solicitante (por c de la Provincia de Buenos ocopia certificada). a misma.	Aires.		a misma.							

FIRMA