



*Caja de Seguridad Social para Escribanos
de la Provincia de Buenos Aires*

SOLICITUD DE JUBILACIÓN

ORDINARIA

EXTRAORDINARIA

a) DATOS DEL AFILIADO

Carné	
Apellido/s completos	
Nombre/s completos	
Tipo y número de documento	CUIT/CUIL
Fecha de nacimiento	Nacionalidad
Lugar de nacimiento	Provincia
Domicilio real	
Calle.....Nro.....	
Piso.....Dpto.....BarrioPrivado.....	
Localidad.....C.P.....Teléfono/s:(.....)	
Celular.....Email.....	

b) ESTADO CIVIL

		Autoridad ante quien formuló	
<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> Separado de hecho	Desde:..... /..... /.....	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 :

c) FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION

Apellido/s y Nombre/s Completos	
Parentesco	
Fecha de nacimiento	
Incapacitado	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO
Dependencia económica	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO



*Caja de Seguridad Social para Escribanos
de la Provincia de Buenos Aires*

c) FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION

Apellido/s y Nombre/s Completos	
Parentesco	
Fecha de nacimiento	
Incapacitado	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO
Dependencia económica	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO

Apellido/s y Nombre/s Completos	
Parentesco	
Fecha de nacimiento	
Incapacitado	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO
Dependencia económica	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO

Apellido/s y Nombre/s Completos	
Parentesco	
Fecha de nacimiento	
Incapacitado	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO
Dependencia económica	SI
<i>(tachar lo que no corresponda)</i>	NO

d) COBERTURA PARA PRESTACIONES ASISTENCIALES Y SUBSIDIOS

Desea tener cobertura? SI NO
(En caso afirmativo deberá completar formulario del grupo familiar a cargo)

e) REGIMEN DE RECIPROCIDAD JUBILATORIO RESOLUCIÓN 363/81

Solicita aplicación? SI NO

CAJA PARTICIPANTE DEL BENEFICIO



*Caja de Seguridad Social para Escribanos
de la Provincia de Buenos Aires*

f) DOMICILIO CONSTITUIDO

Calle.....	Nro.....
Piso.....Dpto.....	BarrioPrivado.....
Localidad.....	C.P.....

g) DOCUMENTACIÓN RESPALDATORIA (*tildar lo que corresponda*)

.....	Fotocopia de nota de renuncia al Registro Notarial con sello entrada Mrio. de Justicia
.....	Partida de matrimonio actualizada (expedida por Reg. Nac. de las Personas, en los últimos seis meses)
.....	Sentencia de Divorcio.
.....	Expediente de Reconocimiento de Servicios de Caja Participante.
.....	Formulario Grupo familiar a cargo para la cobertura Prestaciones asistenciales.
.....	Otros.

Lugar y Fecha

Firma y aclaración

Oficina
interviniente:.....

Firma y Sello