



FORMULARIO DE AFILIACIÓN

Sr/a. presidente de la
Caja de Previsión Social para Profesionales de Ciencias Económicas de Córdoba

El que suscribe, con DNI, conforme a las disposiciones vigentes,
solicita a usted quiera disponer de su afiliación a esta Caja de Previsión:

Nombre(s)		Apellido(s)		
Documento	Sexo	Fecha de nacimiento	Estado civil	Convive con:
Email		Teléfono	Celular	
Domicilio real				
Domicilio laboral				
Delegación				
APORTES PREVISIONALES				Observaciones
Categoría	Caracter	Afiliación previa	Minusvalía	Jubilación de otro régimen
RELACION DE DEPENDENCIA (Adjuntar comprobante de CUIT)				
CUIT	Razón social		Datos del empleador	Fecha de ingreso

*Para envío de correspondencia en domicilio diferente a los anteriores.

Declaro bajo fe de juramento que todos los datos consignados son reales, siendo válido para todas las notificaciones que realice la Caja de Previsión el domicilio consignado a tales efectos, comprometiéndome a informar a esta Caja en forma fehaciente cualquier cambio a tales fines. Declaro conocer el texto de la Ley Provincial 8.349 (TO 2012), en especial lo dispuesto en los artículos 3º, 4º, 5º, 9º y 10º.

.....
FECHA

.....
FIRMA DEL DECLARANTE

.....
ACLARACION

Recibí copia de solicitud original

.....

La firma que precede ha sido realizada en mi presencia.

.....
FECHA

.....
FIRMA

.....
ACLARACION



Familiares con posible derecho a pensión (cónyuge, conviviente, hijos)

Nombre(s)			Apellido(s)		Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil	
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional

Nombre(s)			Apellido(s)		Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil	
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional

Nombre(s)			Apellido(s)		Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil	
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional

Nombre(s)			Apellido(s)		Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil	
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional

.....
FIRMA DEL DECLARANTE

La firma que precede ha sido realizada en mi presencia.

.....
FECHA

.....
FIRMA

.....
ACLARACIÓN