

F : R - 11



PROVINCIA DE SANTA FE
Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social
Caja de Jubilaciones y Pensiones



Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de **Declaración Jurada**.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

Solicita Reconocimiento de Servicios según:

☐ Decreto Ley 9316/46

☐ Ley 9207 (reciprocidad con cajas profesionales)

1- DATOS DE LA PERSONA AFILIADA

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

Domicilio:

Localidad:

CP

Tel. Fijo:

Tel. Celular:

Estado Civil:

☐ Soltera/o

☐ Casada/o

☐ Conviviente

☐ Viuda/o

☐ Divorciada/o

☐ Separada/o de Hecho/Legal

Fecha Casamiento o inicio de Convivencia:

CP

Hijas/os: ☐ SI ☐ NO

Cantidad:

¿EN QUE ORGANISMO PRESENTARÁ EL RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS? (OBLIGATORIO):

Retirárá personalmente el expediente:

☐ SI

☐ NO

En el caso de marcar SI, indique por cual Delegación:

☐ Santa Fe

☐ Rosario

☐ Rafaela

☐ Reconquista

☐ Venado Tuerto

☐ CABA

☐ San Justo

El expediente se reservará en la Delegación solicitada por 2 meses. Luego se remitirá al organismo previsional que corresponda.

Autoriza a la persona apoderada a retirar el expediente:

☐ SI

☐ NO

OTROS BENEFICIOS PREVISIONALES / SOCIALES

¿Tiene otro beneficio otorgado o en trámite?:

☐ SI

☐ NO

Tipo de Beneficio:

¿En que Caja o Instituto?:

¿Ha iniciado expediente con anterioridad en ésta Caja?:

☐ SI

☐ NO

Expediente N°:

2- SI LA PERSONA AFILIADA FALLECIÓ

Relación con la persona fallecida:

☐ Viuda/o

☐ Conviviente

☐ Hija/o

☐ Ex-esposa/o

Apellidos y Nombres (como figuran en el DNI):

3- CONSTITUCIÓN DE DOMICILIO ELECTRÓNICO

Las notificaciones por medios electrónicos son **plenamente válidas**. Resolución General SFE 001/2023.

E-Mail de TITULAR:



Todos los datos consignados en el presente formulario, revisten el carácter de **Declaración Jurada**.

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS CON RECIPROCIDAD

4- DE LOS SERVICIOS

CÓMPUTO PRIVILEGIADO

¿Solicita Cómputo Privilegiado para todas las actividades que correspondan?

☐ SI☐ NO

Indique en que períodos:

☐ Anteriores al 21/01/1996☐ Del 22/01/96 al 29/12/99☐ Del 30/12/99 al 06/10/05☐ Posteriores al 07/10/2005

Detalle **TODOS** los servicios prestados a partir de los 18 años. Recuerde que ésta es una **Declaración Jurada**.

Nº	Organismo Empleador	Actividad	Período	
			Desde	Hasta
1				
2				
3				
4				
5				

5- FIRMAS:

Declaro bajo juramento y en carácter de Declaración Jurada que los datos consignados en el presente formulario son ciertos y correctos.

Firma de quién solicita

Aclaración de Firma

CERTIFICO que los datos personales consignados precedentemente son copia fiel de los obrantes en los documentos de identidad que se mencionan y que tuve a la vista y que las firmas fueron colocadas en mi presencia.-

*Firma y Sello de Autoridad Certificante

Lugar y Fecha

(*) Certificación de firmas y copias: deben realizarse únicamente ante Escribanía Pública, Autoridad Judicial o por este organismo.