CPSI CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL	**FORMULARIO INICIO - B**	
Anexo II - Resolución Directorio CPSPTF Nº : 0057/2023	Rev : 01 - Vigencia: 02/06/2023	DOC-CPS-DGB-002

Todos los datos consignados en este formulario, revisten el carácter de Declaración Jurada

SOLICITUD DE

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

Apellido y Nombre	**Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento			**Nacionalidad**	**CUIL - CUIT**		

Estado Civil

☐ Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Conviviente ☐ Divorciado ☐ Separado de hecho

Reside en el país SI ☐ NO ☐	

Domicilio Particular:

Calle: ..... Nº: ..... Piso: ..... Dpto.: .....

Localidad: ..... Provincia: ..... C.P.: .....

Teléfono: ..... Domicilio Electrónico (e-mail): .....

Lugar y Fecha:		**Impresión Dígito Pulgar (si no puede/n firmar)**	
Firma y aclaración titular:	**Firma y aclaración apoderado/tutor/acompañante:**	Derecho o Izquierdo	
		Derecho o Izquierdo	

Observaciones:

Firma Autoridad Certificante:

Detalle cronológico de todos los servicios prestados con aportes a Reconocer:

ORGANISMO EN EL CUAL SE DESEMPEÑÓ	ESCALAFON	TAREA O CARGO	**Desde** Día/mes/Año	**Hasta** Día/Mes/Año

Domicilio de la UDAI de A.N.Se.S. o Caja Previsional donde remitir el expediente una vez resuelto (sólo en caso que la solicitud sea a efectos de iniciar un trámite previsional):

Organismo Previsional:			
Calle:	**Nº:**	**Piso:**	**Dpto.:**
Localidad:	**Provincia:**		**C.P.:**

Certificación de identidad y firma por autoridad competente (*)

Certifico que los datos personales del solicitante y su acompañante y/o apoderado (en caso de corresponder) consignados en el presente, son fieles a los obrantes en el/los documentos de identidad y partida/s que en cada caso de indica/n y que tuve a la vista, y que la/s firma/s estampadas fue/ron colocadas en mi presencia:

…… ……

Firma autoridad certificante | Aclaración de firma y cargo (o sello)

Lugar y Fecha (a completar por autoridad certificante):

(*) únicamente podrán certificar funcionarios de: los departamentos de personal, de la CPSPTF, de la OSEF, de la Policía, de la Gendarmería Nacional, de Paz Letrado, Escribanos con Registro, Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, y/o Directores de Hospitales/Clínicas debidamente certificadas por el Ministerio de Salud en los casos de solicitantes internados en establecimientos bajo su jurisdicción.