

SOLICITUD DE INICIO DE TRAMITE PREVISIONAL

☐

PENSION

☐

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS PARA PENSION

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS COMPLETOS DEL CAUSANTE

APELLIDO Y NOMBRE		DOMICILIO, LOCALIDAD	
FECHA DE NACIMIENTO	CUIL N.º	SEXO	NACIONALIDAD
ESTADO CIVIL: MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA			
SOLTERO		CASADO	
		VIUDO	
		DIVORCIADO (1)	
		SEPARADO DE HECHO (2)	
(1) Indicar desde que fecha y la Acción Judicial iniciada ante que Juzgado o el número de sentencia: (2) Indicar desde que fecha y Autoridad ante quien se haya realizado la denuncia:			
¿Tenía iniciado algún Expediente con anterioridad en este Instituto? SI _____ NO _____ Expte. N.º _____ ¿Percibía algún BENEFICIO PREVISIONAL? (de ser afirmativo, indique cual y en que Caja o Instituto) ¿Tenía iniciado algún Expediente de Reconocimiento de Servicios? SI _____ NO _____ ¿Computó Servicios en otras Cajas? (de ser afirmativo, indique cuales y en que Caja o Instituto)			
DETALLE CRONOLÓGICO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS POR EL CAUSANTE EN SU HISTORIA LABORAL, CON O SIN RELACIÓN DE DEPENDENCIA, E INDICACIÓN DE CAUSALES DE PERÍODOS DE INACTIVIDAD DE CORRESPONDER.			

Empresa – Repartición empleadora y/o actividad por cuenta propia – Causa de inactividad	Actividad Principal	Tarea o Cargo	DESDE			HASTA		
			Día	Mes	Año	Día	Mes	Año

De resultar insuficiente este espacio, completar en hoja aparte

OBSERVACIONES

SOLICITUD DE INICIO DE TRAMITES PREVISIONALES

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS COMPLETOS DEL SOLICITANTE o SOLICITANTES							
Apellidos y Nombres	Parentesco	¿Carácter Propio o Represen tante?	Nació Día Mes Año			Es Incapacitado	¿Dependía del Causante?
OBSERVACIONES							

	Impresión dígito pulgar (Si no puede firmar)
FIRMA: _____ ACLARACIÓN: _____ D.N.I. N°: _____ LUGAR Y FECHA: _____ POR LA PRESENTE Y A TODOS LOS EFECTOS DE FUTURAS NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON MI TRÁMITE PREVISIONAL, DECLARO BAJO JURAMENTO: * COMO DOMICILIO ESPECIAL EL SIGUIENTE E-MAIL: _____ *DOMICILIO REAL: _____ *TELEFONO: _____ Certifico que los datos consignados en el presente formulario son copia fiel del/los obrantes en el/los documentos de identidad que en cada caso se indica/n que tuve a la vista y que la/las firma/s o impresión/es fueron colocados en mi presencia. _____ _____ _____ Lugar y fecha Sello Firma Únicamente podrán certificar funcionarios del Instituto de Previsión Social de Misiones, Policía, Juez de Paz, Escribano Público con registro y Directores de Hospitales, Sanatorios, Asilos o Establecimientos Similares Públicos o Privados, que cuenten con autorización para funcionar, en el que se encuentre internado el poderdante. <td> Izquierdo Derecho </td>	Izquierdo Derecho