

SOLICITUD DE INICIO DE TRAMITE PREVISIONAL

BAJO REPRESENTACIÓN

(Inc. 6 del Art. 24 del Dcto. Reglamentario de la Ley XIX-N° 2)

☐

☐

JUBILACION

RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS

SIEMPRE MARCAR CON UNA (x) SEGÚN CORRESPONDA

LLENAR EN TODOS LOS CASOS CON LOS DATOS COMPLETOS DEL AFILIADO

APELLIDO Y NOMBRE

DOMICILIO, LOCALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

CUIL N°

SEXO

NACIONALIDAD

ESTADO CIVIL: MARCAR CON UNA X LO QUE CORRESPONDA

SOLTERO

CASADO

VIUDO

DIVORCIADO

SEPARADO DE HECHO

¿Ha iniciado Expediente con anterioridad en este Instituto? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Expte. N° \_\_\_\_\_

¿Tiene algún Expediente de Reconocimiento de Servicios? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

¿Computará Servicios en otras Cajas? SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Caja/s \_\_\_\_\_

Detalle cronológico de los servicios prestados por el afiliado 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 | CATEGORIA | DESDE |     |     | HASTA |     |     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------|-------|-----|-----|-------|-----|-----|
|                                                                                         |                     |           | Día   | Mes | Año | Día   | Mes | Año |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |
|                                                                                         |                     |           |       |     |     |       |     |     |

OBSERVACIONES

| FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSION (CÓNYUGE, CONVIVIENTE, HIJOS) |            |     |                       |                          |                         |
|------------------------------------------------------------------------|------------|-----|-----------------------|--------------------------|-------------------------|
| Apellidos y Nombres Completos                                          | Parentesco | Día | Nació<br>Mes      Año | Es incapacitado<br>SI-NO | Depende de Ud.<br>SI-NO |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |
|                                                                        |            |     |                       |                          |                         |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| ACREDITACION DE REPRESENTACION ANTE EL IPSM (En virtud de lo estipulado en el inciso 6 del Art. 24 del Decreto Reglamentario de la Ley XIX – N.º 2)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Impresión dígito pulgar (Si no puede firmar) |
| <p>AUTORIZO A LA DIRECCION y/o AREA DE PERSONAL y/o DE RECURSOS HUMANOS DE _____ EN UN TODO DE ACUERDO CON LO DISPUESTO EN EL ART. 58 DE LA LEY XIX-N.º 2 Y EL INCISO 6 del Art. 24 DE SU DECRETO REGLAMENTARIO (514/98), A EFECTUAR LAS TRAMITACIONES PERTINENTES A LOS FINES DEL OTORGAMIENTO DEL BENEFICIO PREVISIONAL QUE ME PUDIERE CORRESPONDER ANTE EL INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL DE LA PROVINCIA DE MISIONES.</p> <p>FIRMA: _____</p> <p>ACLARACIÓN: _____</p> <p>LUGAR Y FECHA: _____</p> <p>POR LA PRESENTE Y A TODOS LOS EFECTOS DE FUTURAS NOTIFICACIONES RELACIONADAS CON MI TRÁMITE PREVISIONAL, DECLARO BAJO JURAMENTO:</p> <p>*DOMICILIO REAL:</p> <p>_____</p> <p>*TELEFONO:</p> <p>_____</p> <p>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.</p> <div><div>_____</div><div>_____</div><div>_____</div><div>Lugar y fecha</div><div>Sello</div><div>Firma</div></div> <p>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.</p> | <p>Izquierdo</p> <p>Derecho</p>              |