



SOLICITUD DE SUBSIDIO POR INCAPACIDAD

(Art.23° y sgtes. Ley 13758)

(Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada)

Apellido y nombres:
D.N.I. N°: CUIT/CUIL.: Sexo: Estado Civil:
Fecha de nacimiento: Nacionalidad:
Domicilio
C.P. Localidad: Provincia
Tel: Código de área: N° (imprescindible indicar un teléfono)
Nombre y apellido de los padres:
.....
Nombre y apellido del cónyuge:
Nombre y apellido del conviviente:
Nombre y apellido de los/las hijos/as:
.....

DATOS / SITUACION DE REVISTA:

Último cargo: Repartición:
Jubilado/a: N°. Caja otorgante: Fecha cese:
Caja de Ahorro-Cta Salario: Sucursal Bancaria Número

Autorización: Autorizo las notificaciones de las resoluciones y disposiciones que dicte la Caja al siguiente correo electrónico:
(propio o de otra persona), consintiendo su validez y eficacia.

Forma de pago:

- 1) Los pagos se efectuarán mediante transferencia a su cuenta salario del Nuevo Banco de Santa Fe S.A.
- 2) Por transferencia a cuenta bancaria de su titularidad, con presentación de constancia de CBU, emitida por la propia entidad bancaria o impresa del sitio oficial de internet del banco – homebanking –, con mención del CUIT o CUIL – y firmada por el titular.

La aceptación del depósito, transferencia o el cobro en el banco, implican la notificación de la resolución que se hubiera dictado.
La impresión de la resolución puede realizarse ingresando a la página web “www.cajadeprevisionsf.org.ar” opción “pagos” -.

Localidad: C.P. - de de

ANTE CAMBIO DE DOMICILIO Y/O CUENTA BANCARIA, COMUNICARLO A LA CAJA A LA BREVEDAD.

.....
Firma solicitante.

.....
Firma certificante
Funcionario/a habilitado/a de esta Caja
Escribano/a Público/a Autoridad Judicial o Autoridad Policial