



SOLICITUD DE ANTICIPO PARA ENFERMEDADES TERMINALES

(Art. 46° BIS. Ley 13.758)

(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 hijos:

.....

Cargo que desempeña / ba:

Repartición:

Jubilado: 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 habilitado de esta Caja
Escribano Público Autoridad Judicial o Autoridad Policial