



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN**

Sr/a. presidente de la  
Caja de Previsión Social para Profesionales de Ciencias Económicas de Córdoba

El que suscribe, ..... con DNI .....,  
conforme a las disposiciones vigentes, solicita a usted quiera disponer de su afiliación a esta Caja de  
Previsión:

<b>Documento</b>		<b>Sexo</b>	<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Convive con:</b>
<b>Email</b>			<b>Teléfono</b>	<b>Celular</b>	
<b>Domicilio real</b>					
<b>Domicilio laboral</b>					
<b>Delegación</b>					
<b>APORTES PREVISIONALES</b>					<b>Observaciones</b>
<b>Categoría de aportes</b>	<b>Carácter</b>	<b>Afiliación previa SI / NO</b>	<b>¿Posee Minusvalía? SI / NO</b>	<b>Jubilación de otro régimen SI / NO</b>	
<b>RELACION DE DEPENDENCIA (Adjuntar comprobante de CUIT)</b>					
<b>CUIT</b>	<b>Razón social</b>			<b>Datos del empleador</b>	<b>Fecha de ingreso</b>

\*Para envío de correspondencia en domicilio diferente a los anteriores.

Declaro bajo fe de juramento que todos los datos consignados son reales, siendo válido para todas las notificaciones que realice la Caja de Previsión el domicilio consignado a tales efectos, comprometiéndome a informar a esta Caja en forma fehaciente cualquier cambio a tales fines. Declaro conocer el texto de la Ley Provincial 8.349 (TO 2012), en especial lo dispuesto en los artículos 3º, 4º, 5º, 9º y 10º.

.....  
FECHA

.....  
FIRMA DEL DECLARANTE

.....  
ACLARACION

Recibí copia de solicitud original

.....

La firma que precede ha sido realizada en mi presencia.

.....  
FECHA

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN



Familiares con posible derecho a pensión (cónyuge, conviviente, hijos)

Nombre(s)			Apellido(s)			Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil		
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional	

Nombre(s)			Apellido(s)			Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil		
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional	

Nombre(s)			Apellido(s)			Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil		
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional	

Nombre(s)			Apellido(s)			Fecha de nacimiento
Documento		Sexo	Escolaridad	Estado civil		
¿A cargo?	¿Convive?	¿Incapacitado?	¿Posee recursos propios?	Obra social de Cobertura. ¿Cuál?	Actividad profesional	

.....  
FIRMA DEL DECLARANTE

La firma que precede ha sido realizada en mi presencia.

.....  
FECHA

.....  
FIRMA

.....  
ACLARACIÓN