



SOLICITUD DE: (Maque con una "X" el beneficio que solicita)

- JUBILACION COMPLETA (30 años de aporte y 65 de edad)  
 PRESTACION PROPORCIONAL  
 RECONOCIMIENTO DE APORTES

Señor Presidente de la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la Provincia de Buenos Aires, conforme al Reglamento de Prestaciones informo con carácter de Declaración Jurada:

**A. Datos del Afiliado a la Caja**

Apellido y Nombres (Completo):.....

Tipo y número de Documento:.....

Fecha de Nacimiento.....

Estado civil .....

Matricula n°: ..... Fecha de baja en la matricula: ..... Resolución n°: .....

CUIL N°:.....

e-mail:.....

Teléfono: ..... Cel. ....

Domicilio Constituido calle: .....

Localidad..... C.P.....

(El domicilio y/o mail indicado se consideran constituidos a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja)

**B. Completar según corresponda:**

¿Tiene otro beneficio jubilatorio? Si  Que organismo lo otorgó.....  
 No

¿Aplicará reciprocidad? Si   
 No

Caja Participante .....

Caja Otorgante .....

FORM. 005



C. Documentación acompañada

- Certificado de Nacimiento
- Fotocopia del Documento de Identidad del solicitante, 1er y 2da. hoja y las hojas correspondientes a los cambios de domicilio, ya sea que se encuentre en blanco o conste último domicilio.
- Copia de la Resolución de la Baja de Matrícula expedida por el Colegio de Kinesiólogos de la Pcia de Bs. As.

**No se dará ingreso a aquellas peticiones presentadas sin la documentación requerida. La documentación presentada será analizada y evaluada por el Área Legal correspondiente. El afiliado será notificado ante cualquier faltante o inconsistencia en la misma.**

Declaro bajo juramento que los datos consignados en este formulario son correctos, completos y veraces, y que la presente se ha confeccionado sin omitir ni falsear dato alguno y en cumplimiento de la Reglamentación vigente.

Manifiesto conocer y entender el alcance de la Ley 13.917 y el Reglamento de Prestaciones vigente.

Me comprometo a remitir cada seis (6) meses certificado de supervivencia expedido por el Registro Provincial de las Personas, en caso de no remitirlo la Caja podrá suspender el beneficio otorgado.

Lugar y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Aclaración

FORM. 005