

CERTIFICADO DE SUPERVIVENCIA

Por medio del presente CERTIFICO que el Sr/a. (Apellido y Nombres Completos)
..... quien acredita su identidad con Tipo y Número de Documento)
..... con domicilio en la
calle de la localidad de
..... provincia de,
C.P....., ha comparecido ante mí a fin de que se acredite su existencia y habiendo
comprobado la misma se extiende el presente. A solicitud de la parte arriba indicada y al solo
efecto de ser presentado ante la Caja de Seguridad Social para los Profesionales de la
Kinesiología de la Provincia de Buenos Aires.

.....
(Lugar y fecha)

.....
(Firma y sello de autoridad competente)

Teléfono de quien suscribe: _____
Teléfono de familiar directo: _____
Email: _____

Nota: el beneficiario deberá certificar su firma ante Registro de las Personas, Escribano, Juez de Paz, Personal o Delegados itinerantes de la Caja de Kinesiólogos de la Provincia de Buenos Aires

Nota (2): Para beneficiarios que se encuentren internados, podrá certificar: Director de Establecimiento Médico o Centros Asistenciales de la 3ra edad o Nosocomio con el correspondiente certificado médico.

Sede Calle 5 N° 180, La Plata (C.P. 1900) | Teléfono: (0221) 4833426
FORM. 006