



A. DATOS DEL SOLICITANTE

MATRÍCULA FECHA DE BAJA
RESOLUCIÓN Nº

APELLIDO/S
NOMBRE/S
TIPO Y Nº DE DOCUMENTO CUIT/CUIL
FECHA DE NACIMIENTO NACIONALIDAD
LUGAR DE NACIMIENTO PROVINCIA

ESTADO CIVIL

- SOLTERO
- CASADO
- VIUDO
- SEPARADA/O DE HECHO Desde
- DIVORCIADA/O Desde

DOMICILIO REAL

CALLE Nº
PISO DEPTO
BARRIO PRIVADO
LOCALIDAD CP
CELULAR TEL

DOMICILIO CONSTITUIDO (a completar si difiere del domicilio real)

CALLE Nº
PISO DEPTO
BARRIO PRIVADO
LOCALIDAD CP
CELULAR TEL





CORREO ELECTRÓNICO

E-MAIL

El domicilio consignado en este formulario se considerará como “constituido” a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

Declaro bajo juramento la siguiente dirección de correo electrónico, a los fines de la notificación de la resolución que se adopte, con los efectos del domicilio constituido:

E-mail:

OTROS DATOS DE CONTACTO

APELLIDO/S Y NOMBRES/S

PARENTESCO

TIPO Y Nº DE DNI

E-MAIL

TELÉFONO

DIRECCIÓN

LOCALIDAD

SISTEMA DE APOYO/CURATELA

(deberá ser llenado por el curador/apoyo en los casos que corresponda)

DATOS DE LA CAUSA

CARÁTULA.....

JUZGADO.....

LOCALIDAD





DATOS DE CURADOR/APOYO

APELLIDO/S Y NOMBRE/S

CUIL TEL.....

MAIL

DOMICILIO.....

LOCALIDAD.....

OBSERVACIONES

Para presentaciones a través de tutores o curadores, deberá presentar:
Sentencia o testimonio de la designación judicial como tal, aceptación de cargo y discernimiento

B. CAJA OTORGANTE

CAJA PARTICIPANTE



C. FAMILIARES CON POSIBLE DERECHO A PENSIÓN

FAMILIAR 1

APELLIDO/S

NOMBRES/S

FECHA DE NACIMIENTO PARENTEZCO

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI
 NO

SI
 NO

FAMILIAR 2

APELLIDO/S

NOMBRES/S

FECHA DE NACIMIENTO PARENTEZCO

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI
 NO

SI
 NO

FAMILIAR 3

APELLIDO/S

NOMBRES/S

FECHA DE NACIMIENTO PARENTEZCO

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI
 NO

SI
 NO

FAMILIAR 4

APELLIDO/S

NOMBRES/S

FECHA DE NACIMIENTO PARENTEZCO

INCAPACITADO

DEPENDENCIA ECONÓMICA

SI
 NO

SI
 NO



D. DOCUMENTACIÓN ACOMPAÑADA

- PARTIDA DE NACIMIENTO
- FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD DE SOLICITANTE
- COPIA DE LA RESOLUCIÓN DE LA BAJA DE MATRÍCULA EXPEDIDA POR EL COLEGIO DE KINESIÓLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

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 el certificado de supervivencia expedido por el Registro Provincial de las Personas, en caso de no remitir la Caja podrá suspender el beneficio otorgado.

Firma

Aclaración.....



La Plata, DE DE 20.....

REF . APERTURA DE CUENTA

DATOS PERSONALES PARA LA APERTURA DE UNA CAJA DE AHORRO EN EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES PARA EL COBRO DE JUBILACIONES/PENSIONES

NOMBRE Y APELLIDO:.....
MATRICULA PROVINCIAL:.....
DOCUMENTO TIPO:..... No
LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO:
ESTADO CIVIL:.....
DIRECCIÓN:.....
LOCALIDAD:.....PROVINCIA:.....
CÓDIGO POSTAL:.....
CORREO ELECTRÓNICO:.....
NUMERO DE CUIT/CUIL..... (ACOMPañAR COMPROBANTE)
CONDICIÓN FISCAL: IVA GANANCIAS.....
INGRESOS BRUTOS.....

SIRVASE PONER AQUÍ EL NUMERO DE SUCURSAL DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES DONDE DESEA QUE SE ABRA SU CUENTA CAJA DE AHORROS PARA EL COBRO DE SU JUBILACIÓN/PENSIÓN

SUCURSAL DEL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES No:
LOS DATOS ANTERIORMENTE DETALLADOS SON REALES Y PUEDEN USARSE PARA LA APERTURA DE LA CAJA DE AHORRO QUE LA CAJA PARA PROFESIONALES DE LA KINESIOLOGÍA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES ABRIRÁ EN MI NOMBRE EN EL BANCO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Firma

Aclaración.....

