

DATOS SOLICITANTES DEL BENEFICIO

Apellido y Nombre: _____

D.N.I.: _____ CUIL: _____ Estado Civil: _____ Fecha Nacimiento: _____

Domicilio: _____ Localidad: _____

Parentesco con el Causante: _____

OTROS SOLICITANTES (Titulares del Beneficio)

Apellido y Nombre	CUIL	Parentesco	Fecha Nac	Estado Civil	Otros Ingresos Económicos

DATOS DEL BENEFICIARIO FALLECIDO

Apellido y Nombre: _____ D.N.I.: _____ CUIL: _____

Estado Civil al momento del Fallecimiento: _____

DATOS DE CONTACTO Y NOTIFICACIONES

Considerando el **Art. 16 de la RG 3283/23**, quien suscribe la presente solicitud, reconoce como válidas todas las notificaciones electrónicas efectuadas en los medios de contacto aquí proporcionados.

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

DATOS APODERADO / REPRESENTANTE LEGAL (Opcional)

En caso de querer nombrar un apoderado o representante legal, deberá acompañar el poder correspondiente. A fin de que el mismo tenga validez deberá adjuntar al presente formulario el Poder que faculte a realizar los trámites en este Instituto en nombre del AFILIADO / APORTANTE, caso contrario, solamente se notificará al teléfono / correo electrónico del AFILIADO / APORTANTE:

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

Apellido y Nombre: _____

Teléfono: _____ Teléfono 2: _____ Correo Electrónico: _____

Declaro bajo juramento que los datos consignados son ciertos e íntegros, no habiéndose omitido ni falseado información, así como la veracidad de la documental que se acompaña y mediante la que se acredita el carácter y la información vertida por la que soy plenamente responsable. Suscribo el presente documento en conocimiento de las penalidades previstas en el Art. 293 del Código Penal Argentino.

Firma: _____ DNI: _____ Aclaración: _____

Lugar y Fecha _____

Observaciones: _____