DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y Nombre:

D.N.I: CUIL: - - Estado Civil: _ Fecha Nacimiento:

Domicilio: Localidad:

Inició un expediente con anterioridad en este Instituto?, en caso afirmativo indique el número de expediente?

¿Registra aportes en otras cajas? - ¿En cúal/es?:

Realiza el presente Reconocimiento de Servicio para ser presentado ante:

DATOS EMPLEADORES

Detalle sintéticamente TODOS los servicios prestados ***con relación de dependencia***, para el Estado Provincial y/o Municipal, sin omisión, con aportes a IPS Corrientes:

Empleadores*	Observación

* Docentes - Debe registrar de forma unificada los establecimientos provinciales siendo el empleador el Ministerio de Educación por todos los años que prestó servicios.

Aclaraciones:

DATOS DE CONTACTO Y NOTIFICACIONES

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)

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 SOLICITANTE:

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: _____ Calidad: Titular

Observaciones: