

Clave de Identificación

DNI - LE - LC N°:

LEGAJO N°:

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO PROFESIONAL
EN RELACION DE DEPENDENCIA

OPCION

REGIMEN DE JUBILACION BASICA PARCIAL

Art. 37 Ley 6.716 (T.O. 1995)

En mi carácter de _____ de _____
_____ CERTIFICO que el Doctor
_____ se desempeña en esta Institución como Profesional en el
cargo de _____ para el cual es indispensable ser ABOGADO, tal como lo exige
el Art. ___ de _____ (1), practicándosele descuentos jubilatorios para el régimen
_____ desde el ___ de _____ de _____ (fecha en que
comenzó a desempeñar el cargo antes mencionado).

Se expide el presente para ser presentado ante la Caja de Previsión Social para Abogados de
la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes
de _____ de 20__.-

Firma y Sello de la Institución

(1) Deberá indicarse: N° de Ley, ordenanza, resolución, estatuto, reglamento, planta permanente, etc.-