



Beneficio que solicita: (Marcar con una "x")

| | | |
|-------------------|---|--|
| Jubilación | <input type="checkbox"/> Ordinaria | <input type="checkbox"/> Prestación por Edad Avanzada |
| | <input type="checkbox"/> Ordinaria por Reciprocidad | <input type="checkbox"/> Reconocimiento de Servicios |
| | <input type="checkbox"/> Ordinaria Básica Normal | |
| | <input type="checkbox"/> Extraordinaria | |
| | <input type="checkbox"/> Anticipada | |

Datos del Afiliado comunes a todos los trámites:

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Apellido/s y Nombre/s completos | | |
| Tipo y Número de Documento | C.U.I.T./C.U.I.L. | Fecha Nacimiento / / |
| Colegio de Abogados | | Tomo Folio |
| Estado Civil | | |
| <input type="checkbox"/> Soltero | <input type="checkbox"/> Separado de hecho | Desde: / / |
| <input type="checkbox"/> Casado | <input type="checkbox"/> Separado legalmente | Desde: / / |
| <input type="checkbox"/> Viudo | <input type="checkbox"/> Divorciado | Desde: / / |
| Autoridad ante quien formuló la denuncia: _____ | | |
| Acción judicial iniciada ante: _____ | | |
| Acción judicial iniciada ante: _____ | | |

| | | | | | |
|-----------------------|---------------------------|-----|---------------|-------|--------|
| Domicilio Real | Calle: | N°: | Torre/Bloque: | Piso: | Dpto.: |
| | Barrio Privado / Country: | | | | |
| | Localidad: | | | C.P.: | |
| | Teléfono/s: () | | Fax: () | | |
| | Celular: () | | E-mail: | | |

| | | | | | |
|--|---|-------------------------------|---------------|-------|--------|
| Domicilio Legal (Estudio Profesional) | <input type="checkbox"/> Domicilio Real | <input type="checkbox"/> Otro | | | |
| | Calle: | N°: | Torre/Bloque: | Piso: | Dpto.: |
| | Barrio Privado / Country: | | | | |
| | Localidad: | | | C.P.: | |
| | Teléfono/s: () | | Fax: () | | |
| | Celular: () | | E-mail: | | |

| | | | | | |
|-------------------------|---|--|-------------------------------|-------|--------|
| Domicilio Postal | <input type="checkbox"/> Domicilio Real | <input type="checkbox"/> Domicilio Legal | <input type="checkbox"/> Otro | | |
| | Calle: | N°: | Torre/Bloque: | Piso: | Dpto.: |
| | Barrio Privado / Country: | | | | |
| | Localidad: | | | C.P.: | |
| | Teléfono/s: () | | Fax: () | | |
| | Celular: () | | E-mail: | | |

Marque con una cruz (X) el domicilio para recibir correspondencia. El domicilio por usted indicado se considerará como "**constituido**" a los efectos de las comunicaciones que emita esta Caja.

Datos de familiares con posible derecho a Pensión: (Art. 47 y Art. 51, Ley 6.716 t.o. 4.771/95)

| Apellido/s y Nombre/s completo/s | Parentesco | Fecha Nacimiento | | | Incapacitado | | Amparo | |
|----------------------------------|------------|------------------|---|---|--------------|----|--------|----|
| | | D | M | A | Sí | No | Sí | No |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |



Completar en caso de tramitar Jubilación, Prestación por Edad Avanzada y Reconocimiento de Servicios:

| | | | |
|------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|---------------|
| ¿Tiene otro beneficio jubilatorio? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | ¿Cual?: _____ |
| | ¿Qué Organismo lo otorgó? _____ | | |
| ¿Aplicará reciprocidad? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |
| Convenio aplicable: | _____ | | |
| Cajas participantes: | _____ | | |
| Caja otorgante: | _____ | Expediente N°: | _____ |

| | | | | | |
|--|----------|----------|---------------------------|---------------------------|--|
| Matriculado en: (Art. 45 y concordantes Ley 6.716) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Colegio Público de Abogados de Capital Federal – Ley 23.187 | T: _____ | F: _____ | Desde: ____ / ____ / ____ | Hasta: ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Corte Suprema de Justicia de la Nación o Cámara Federal – Ley 22.192 | T: _____ | F: _____ | Desde: ____ / ____ / ____ | Hasta: ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Registro de Procuradores de la Corte Suprema de Justicia de la Nación– Ley 10.996 | T: _____ | F: _____ | Desde: ____ / ____ / ____ | Hasta: ____ / ____ / ____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | T: _____ | F: _____ | Desde: ____ / ____ / ____ | Hasta: ____ / ____ / ____ | |

| | |
|---|---------------------|
| Todos los datos consignados en este ejemplar revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA | |
| Lugar y Fecha: _____ | |
| _____ | _____ |
| Firma | Aclaración de firma |

| | |
|--|-----------------------------|
| Certificación de Identidad y Firma por Autoridad Competente: <i>(Únicamente podrán certificar Directivos y Funcionarios de la Caja de Abogados, Directivos de los Colegios de Abogados, Policía, Juez de Paz, Escribano c/ registro y Registro Público de Comercio)</i> | |
| Lugar y Fecha: _____ | |
| _____ | _____ |
| Firma y sello | Aclaración de firma y cargo |

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS

| |
|--|
| Documentación que debe acompañar a la "Solicitud de Jubilación, Prestación por Edad Avanzada y/o Reconocimiento de Servicios" |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia certificada del Documento de Identidad |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Matrícula |
| <i>Para Jubilación Extraordinaria además deberá presentar:</i> |
| <input type="checkbox"/> Certificado médico con la firma del Profesional certificada por Colegio, Círculo, Agremiación o Centro Médico |
| <input type="checkbox"/> Resumen historia clínica con la firma del Profesional certificada por Colegio, Círculo, Agremiación o Centro Médico |
| <input type="checkbox"/> Documentación médica sobre la incapacidad denunciada |
| <i>Para Jubilación Ordinaria por Reciprocidad, además deberá presentar:</i> |
| <input type="checkbox"/> Expediente de Reconocimiento de Servicio |

**PARA DAR INGRESO A ESTA SOLICITUD ES INDISPENSABLE
LA PRESENTACIÓN DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

| |
|---------------|
| |
| Observaciones |

| |
|--|
| |
| Firma y sello del responsable que recibe |