



PLANILLA RECEPCIÓN DE DATOS REGULACIONES IMPAGAS

Lugar y fecha: _____

Por el presente pongo en conocimiento de la CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES los siguientes datos correspondientes a regulaciones impagas, a efectos que se instrumenten las medidas tendientes a la percepción de los créditos por aportes y contribuciones previsionales establecidos en el marco de los artículos 12 inc.a), 14, 20, 21 y 22 de Ley 6.716 t.o.

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellido y nombres completos: _____
Tipo y N° de documento: LE / LC / DNI: _____

DATOS DEL EXPEDIENTE

Carátula:	Actor / Peticionante / Causante: _____		
	Demandado: _____		
	Materia: _____		
N° de Causa / Expediente / Receptoría: _____			
Radicación:	Juzgado N° _____	Tribunal N° _____	Otro : _____
Departamento Judicial: _____			
Fuero:	<input type="radio"/> Civil y Comercial	<input type="radio"/> Criminal y Correccional	<input type="radio"/> Contencioso Administrativo
	<input type="radio"/> Laboral	<input type="radio"/> Familia	<input type="radio"/> Otro: _____
Honorarios firmes: <input type="radio"/> Primera Instancia <input type="radio"/> Por Apelación			
Monto regulado: \$ _____		Fecha regulación: _____	Fecha firmeza: _____

DATOS DEL OBLIGADO AL PAGO

Apellido y nombres completos: _____
Tipo y N° de documento: LE / LC / DNI: _____ Clave de identificación: _____
Domicilio Real: Calle: _____ N°: _____ Piso : _____ Dpto.: _____
Localidad: _____ Tel.: _____ Fax: _____
E-mail: _____

MOTIVOS POR LOS QUE NO HE PERCIBIDO LA/S REGULACIONES Y APORTES DENUNCIADOS IMPAGOS

El obligado al pago, se ha presentado en CONCURSO PREVENTIVO, radicado en _____
* SI / NO verifiqué los estipendios y aportes previsionales impagos.

Al obligado al pago se le ha decretado la QUIEBRA, radicado ante _____
* SI / NO verifiqué los estipendios y aportes previsionales impagos.

El obligado al pago, ha fallecido (encontrándose tramitando la sucesión ante el Juzgado _____)
* SI / NO efectué el reclamo de paga contra los herederos del causante.

El obligado actuó con Beneficio de Litigar sin Gastos, concedido _____

Otro: _____

* Tachar lo que no corresponda

Sello de cargo	Firma y sello del Profesional
----------------	-------------------------------