



## SOLICITUD DE JUBILACIÓN

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

- Jubilación Ordinaria por Reciprocidad  
 Reconocimiento de Servicios

Datos del afiliado comunes a todos los trámites:

Apellido y nombre completo:

Tipo y número de documento:

- LE  LC  DNI N°:

CUIT/CUIL:

Fecha de nacimiento:

Colegio de Abogados:

Tomo:

Folio:

Estado civil :

- Soltero  
 Casado  
 Unión convivencial  
 Viudo  
 Separado de hecho desde: \_\_\_\_\_  
 Separado legalmente desde: \_\_\_\_\_  
 Divorciado desde: \_\_\_\_\_

Autoridad ante quien formuló la denuncia:

Acción judicial iniciada ante:

Acción judicial iniciada ante:

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

Apellido y nombre completo	Parentesco	Fecha de nacimiento	Incapacitado	Amparo
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

Matriculado en:

(Art. 45 y concordantes Ley 6.716)

- Colegio Público de Abogados de Capital Federal – Ley 23.187 T: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Corte Suprema de Justicia de la Nación o Cámara Federal – Ley 22.192 T: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Registro de Procuradores de la Corte Suprema de Justicia de la Nación – Ley 10.996 T: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_ T: \_\_\_\_\_ F: \_\_\_\_\_ Desde: \_\_\_\_\_ Hasta: \_\_\_\_\_

¿Usted tiene otro beneficio jubilatorio?  NO  SI ¿Cuál? \_\_\_\_\_  
¿Por qué organismo fue otorgado? \_\_\_\_\_  
¿Aplicará reciprocidad?  NO  SI  
Convenio aplicable: \_\_\_\_\_  
Cajas participantes: \_\_\_\_\_  
Caja otorgante: \_\_\_\_\_ Expediente N°: \_\_\_\_\_

**Todos los datos consignados en este ejemplar revisten carácter de DECLARACIÓN JURADA**

Firma y aclaración del afiliado

Certifico que la firma es auténtica y que fue realizada ante mi presencia

**Lugar y fecha:** \_\_\_\_\_

Firma y aclaración del certificador

**PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL DE LA CAJA DE ABOGADOS**

Documentación que acompaña a la "Solicitud de Reconocimiento de Servicios"

- Certificado de nacimiento
- Fotocopia certificada de Documento de Identidad
- Certificado de matrícula

**Para Jubilación Ordinaria por Reciprocidad, además deberá presentar:**

- Expediente de Reconocimiento de Servicio

**PARA DAR INGRESO A LA PRESENTE SOLICITUD, ES INDISPENSABLE  
LA PRESENTACION DE LA TOTALIDAD DE LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA**

Observaciones

Sello de cargo y firma del empleado que recibe

DORSO