


CAJA de SEGURIDAD SOCIAL para ODONTÓLOGOS de la PROVINCIA de BUENOS AIRES
DECLARACIÓN JURADA PARA PENSION DE PADRES A CARGO DEL ODONTOLOGO

..... de..... de 20.....

Corresponde al Legajo del Afiliado N°.....

 SR. PRESIDENTE DE LA
 CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTÓLOGOS
 DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES
 S _____ / _____ D

De mi consideración:

Quien suscribe, Documento de Identidad N°....., en mi carácter de del odontólogo fallecido....., afiliado N°, con domicilio real en calle....., N°..... de la localidad de, manifiesta bajo juramento que a fin de cumplimentar lo dispuesto por el art. 71° inc. c) de la Ley 8.119 y el Reglamento de Pensiones de la CAJA DE SEGURIDAD SOCIAL PARA ODONTOLOGOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, a la fecha de fallecimiento de mi hijo/a me encontraba económicamente a cargo del mismo, careciendo de bienes de fortuna.

Saludo a Ud. atentamente.-

IMPORTANTE: Por ser imprescindible para dar curso a la prestación solicitada, deberá acompañarse a la presente declaración jurada, **comprobante emitido por la A.F.I.P.**, acreditando la situación laboral del solicitante.

DTO.	NÚMERO DE CONTROL	ORDEN			
FECHA DE ENTRADA		NÚMERO DE AFILIADO			
					-
OE. R.	CÓDIGO	T.F.			
0	3	A	R		
		A			

Sello entrada DELEGACIÓN

 FIRMA SOLICITANTE