

Apellido/s y Nombre/s:

IMPORTANTE: La presentación de este formulario ante la Caja implica la conformidad del solicitante con todos los datos y cifras consignados en el mismo y exime al organismo previsional de toda obligación derivada de error u omisión por el empleador.

A – DEL ORGANISMO EMISOR

Ministerio o Municipalidad, Comuna u Organismo Adherido

B – DEL SOLICITANTE DEL BENEFICIO / CAUSANTE (según corresponda)

Apellidos: Paterno:

Nombre/s Completo/s:

Sexo: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: ____/____/____

DOCUMENTO Tipo: <input type="checkbox"/> D.N.I. <input type="checkbox"/> L.E. <input type="checkbox"/> L.C. <input type="checkbox"/> C.I. <input type="checkbox"/> Otros Letra:..... Número:	SI ES EXTRANJERO Y NO POSEE DNI C.I. Expedida por:
--	---

C – DE LAS LICENCIAS Y/O SUSPENSIONES SIN GOCE DE SUELDO

PARA CADA LICENCIA O SUSPENSIÓN SIN GOCE DE SUELDO

Desde			Hasta			Cargo	Observaciones
D	M	A	D	M	A		

D – APOORTE ADICIONAL POR COMPUTO PRIVILEGIADO / DIFERENCIADO

ALTA	BAJA	PORCENTAJE	OBSERVACIONES

E - OTROS

Servicios con aportes a otros organismos provisionales presentados a los fines de las LICENCIAS: años meses.
 Organismo:

Se adjuntan a la presente Fojas de Servicios, Fojas de Montos y Fojas de Servicios y Montos.

.....
 Lugar y Fecha

.....
 Firma de Autoridad Competente

DIRECCIÓN GENERAL DE RECURSOS HUMANOS DE LA PROVINCIA, de de
 (Resolución N° 158/87)

 Firma y Sello del Responsable