

Clave de Identificación

DNI - LE - LC N°: _____

CERTIFICADO DE DESEMPEÑO PROFESIONAL
EN RELACIÓN DE DEPENDENCIA

OPCIÓN

RÉGIMEN DE JUBILACIÓN BÁSICA PARCIAL
Art. 37 Ley 6.716 (T.O. 1995)

En mi carácter de _____ de

_____ CERTIFICO que el Doctor

_____ se desempeña en esta Institución como profesional en el

cargo de _____ para el cual es indispensable ser ABOGADO, tal como lo exige

el Artículo _____ de _____⁽¹⁾ practicándosele descuentos jubilatorios para el régimen

_____ desde el _____ de _____ de _____ (fecha en que

comenzó a desempeñar el cargo antes mencionado).

Se expide el presente para ser presentado ante la Caja de Previsión Social para Abogados de
la Provincia de Buenos Aires, en la ciudad de _____ a los _____ días del mes de

_____ de _____

Firma y sello de la Institución

(1) Deberá indicarse número de ley, ordenanza, resolución, estatuto, reglamento, planta permanente, etc.