Caja de la ABOGACÍA
Provincia de Buenos Aires

Un compromiso solidario

Avda. 13 N° 821/29 - 3° piso - Tel.: (0221) 427-0204* - Fax: (0221) 422-6297 - (1900) La Plata e-mail: info@cajaabogados.org.ar

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN AL RÉGIMEN DE JUBILACIÓN ORDINARIA BÁSICA PARCIAL

Por la presente y en función de lo dispuesto por el Artículo 37 de la Ley 6.716 t.o. 1995, opto por el régimen de JUBILACIÓN ORDINARIA BÁSICA PARCIAL. Fundo esta elección por estar desempeñandome como profesional en relación de dependencia en mi condición de ABOGADO y a que me encuentro obligatoriamente comprendido por otro régimen previsional al que estoy aportando.

1) Datos del solicitante

Apellido y nombre completo:

Tipo y número de documento: ☐ LE ☐ LC ☐ DNI N°:

CUIT/CUIL:

2) Forma en que se desarrolla como profesional en relación de dependencia

☐ En la actividad privada

Institución:

Cargo que desempaña:

Desde que fecha:

Horario laboral:

Domicilio:

Localidad:

☐ En la actividad pública

Establecimiento:

Dependiente de:

Cargo que desempeña:

Desde que fecha:

Horario laboral:

3) Documentación que acompaña

☐ Certificado de trabajo

☐ Fotocopia del último recibo de sueldo

Importante: De acuerdo al Art. 37 de la Ley 6.716 la opción al régimen de jubilación ordinaria básica parcial solo puede ser ejercida por aquellos afiliados que se encuentren obligadamente comprendidos en otro régimen previsional en mérito a un desempeño profesional en relación de dependencia, por lo tanto, es imprescindible que en el certificado de trabajo se indique cargo, función o tarea que desarrolla.

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTOS Y COMPLETOS Y QUE EL PRESENTE SE HA CONFECCIONADO SIN OMITIR NI FALSEAR DATO ALGUNO.

ASIMISMO, DECLARO CONOCER EL REGLAMENTO DE JUBILACIÓN ORDINARIA BÁSICA PARCIAL VIGENTE Y QUE, EN CASO DE CESAR LA ACTIVIDAD BAJO RELACIÓN DE DEPENDENCIA POR LA CUAL SE PROMUEVE LAS PRESENTES ACTUACIONES, ME ENCUENTRO OBLIGADO A INFORMAR DICHO CESE A ESTA CAJA, DE CONFORMIDAD CON EL ART. 4 DE DICHO REGLAMENTO.

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 certificante