

TÍTULO : <u>SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS INTERNACIONALES</u>	Código: E-189 Revisión: 8 Confecionó: L.A Vigencia: 22/02/16 Página: 1 de 2
---	--

SOLICITUD N° **FECHA:** de de

IMPORTANTE: Previo a la presentación de esta solicitud de reconocimiento de servicios ante el IPS, el interesado deberá presentarse en ANSeS (Organismo de Enlace) para conformar un expediente, que luego adjuntará en IPS al momento de presentar esta solicitud.

(*) **Datos obligatorios, además de los habituales, sin los cuales no se podrá continuar la carga posterior, es decir que es imprescindible se coloque un mail (aunque sea alternativo) y un domicilio constituido en Pcia. de Bs. As.**

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

DATOS DEL BENEFICIARIO / CAUSANTE <i>(Tachar lo que no corresponda)</i>				
Apellido/s		Nombres		CUIL
Fecha de Nacimiento	DNI	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Domicilio real				Correo Postal
1	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)			
	Correo Postal			
Fecha de Defunción		<i>Llenar sólo para Reconocimiento de servicios en caso de Pensiones</i>		

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en el caso de Pensiones

DATOS DEL SOLICITANTE				
Apellido/s		Nombres		CUIL
Fecha de Nacimiento	DNI	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular
Domicilio real				Código Postal
2	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)			
	Código Postal			

Llenar con los datos del APODERADO sólo en caso de corresponder

DATOS DEL APODERADO				
Apellido/s		Nombres		CUIL/CUIT
DNI	Mail (*)	Teléfono Fijo	Teléfono Celular	
Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)				Código Postal
3	Domicilio constituido (Ley de Procedimiento Administrativo Dto Ley 7647/70 - Arts. 24, 25, 26 y 27) (*)			
	Código Postal			

Revisión N°	Fecha	Motivos del Cambio
8	22/02/16	♦ Cambio de logo y se agregó texto Importante..

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

Declaración Jurada Servicios con Aportes

Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los servicios detallados a continuación son todos los desempeñados por mí con ~~aport~~ en el Instituto de Previsión Social de la Provincia de Buenos Aires

SERVICIOS DESEMPEÑADOS CON CESE

Caja	Empleador	Tarea/Cargo	Código	Desde	Hasta

Observaciones:

.....

IMPORTANTE: La omisión o falsedad en las presentes Declaraciones Juradas será pasible de la pena establecida en el Art. 293 del Código Penal.

Artículo 293: "Será reprimido con reclusión o prisión de uno a seis años ~~que~~ insertare o hiciere insertar en un instrumento público declaraciones falsas, concerniente a un hecho que el documento deba probar, de modo que pueda resultar perjuicio".

Deberá ser llenado en todos los casos por el BENEFICIARIO

Firma del BENEFICIARIO

Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:

Espacio para ser llenado exclusivamente por Funcionario del INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL

CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)

Certifico que los datos consignados en los recuadros 1, 2, 3 y 5 son copia fiel del / los obrante/s en el / los documento/s de identidad que en cada caso se indica que tuve a la vista y que la/s firma/s o impresiones digitales estampadas en el recuadro 4 fueron colocadas en mi presencia.

.....
Lugar y Fecha Sello - Firma Aclaración de Firma y Cargo

(*) Únicamente podrán certificar Agentes del IPS destinados a tal efecto, Juez de Paz, Autoridad Consular competente, Escribano con registro, Autoridades Nacionales, Provinciales y Municipales, Autoridades Gremiales y Directores de Hospitales y Clínicas Nacionales, Provinciales y Municipales o Privadas (debidamente certificadas por el Ministerio de Salud) en los casos de internados en establecimientos bajo su Dirección.