

SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO DE SERVICIOS INTERNACIONALES

Vigencia: 22/02/16

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 prescindible se coloque un mail (aunque sea alternativo) y un domicilio constituido en Pcia. de Bs As.

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE

1. DATOS DEL BENEFICIARIO / CAUSANTE: (Marcar con una X lo que corresponda)

Apellido/s		Nombre/s			CUIL		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DNI	Fecha de Nacimiento	Mail		Teléfono 1	Teléfono 2		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>							
Domicilio constituido	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>							

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Fecha de Defunción (Llenar sólo para Reconocimiento de servicios en caso de Pensiones)

Deberá ser llenado por el SOLICITANTE sólo en caso de Pensiones

2. DATOS DEL SOLICITANTE:

Apellido/s		Nombre/s			CUIL		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DNI	Fecha de Nacimiento	Mail		Teléfono 1	Teléfono 2		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>							
Domicilio constituido	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Provincia	Cód. Postal	
<input style="width: 100%;" type="text"/>							

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

3. DATOS DEL APODERADO (Este espacio debe ser llenado con los datos del Apoderado sólo si corresponde)

Apellido/s		Nombre/s			CUIL / CUIT		
<input style="width: 100%;" type="text"/>		<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>		
DNI	Mail			Teléfono 1	Teléfono 2		
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>			<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
Domicilio: Calle	Nº	Piso	Dpto	Localidad	Código Postal		
<input style="width: 100%;" type="text"/>							

(Ley de Procedimiento Administrativo Dto - Ley 7647/70- Art. 24,25,26 y 27)

Deberá ser llenado por el **SOLICITANTE**

4. DECLARACIÓN JURADA SERVICIOS CON APORTES

Por la presente DECLARO BAJO JURAMENTO que los servicios detallados a continuación son todos los desempeñados por mi con aportes 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 al 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**

5. FIRMA DEL BENEFICIARIO

Firma: Aclaración: Lugar y Fecha:

Espacio para ser llenado exclusivamente por funcionarios del IPS

6. CERTIFICACIÓN DE IDENTIDAD Y FIRMA POR AUTORIDAD COMPETENTE (*)

Certifico que los datos consignados en los puntos 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 firma en el punto 4 fue colocada en mi presencia.

..... Lugar y Fecha Sello del área Firma Aclaración 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.