



**FORMULARIO DE AFILIACIÓN**  
(Arts. 31 y 34 Ley 6.716 T.O. Decreto 4.771/95)  
**DECLARACIÓN JURADA**

N° de Legajo Interno – NO COMPLETAR

TIPO Y N° DE DOCUMENTO

☒ D.N.I.

☐ L.E.

☐ L.C.

N° **38363649**

APELLIDO COMPLETO:

**PRATTO**

NOMBRE/S COMPLETO/S:

**GASTON**

FECHA DE NACIMIENTO:

**07 / 11 / 1994**

N° C.U.I.T.:

**2 0 - 3 8 3 6 3 6 4 9 / 4**

NACIONALIDAD

☒ NATIVO

☐ NATURALIZADO

☐ EXTRANJERO

☐ POR OPCIÓN

SEXO

☒ MASCULINO

☐ FEMENINO

CONDISCAPACIDAD

☐ SI

☒ NO

ESTADO CIVIL

☒ SOLTERO

☐ CASADO

Fecha: / /

☐ SEPARADO DE HECHO

Fecha: / /

☐ VIUDO

Fecha: / /

☐ SEPARADO LEGAL

Fecha: / /

☐ UNIÓN CONVIVENCIAL

Fecha: / /

☐ DIVORCIADO

Fecha: / /

**Datos para ser completados por la entidad colegial**

DATOS PROFESIONALES

☒ ABOGADO

☐ PROCURADOR

DEPARTAMENTO JUDICIAL

FECHA DE MATRICULACIÓN / /

T°:

F°:

FECHA EXPEDICIÓN TÍTULO / /

UNIVERSIDAD OTORGANTE

**DOMICILIO CONSTITUIDO**

CONSTITUYO EL PRESENTE DOMICILIO A TODOS LOS EFECTOS LEGALES CON LA CAJA DE PREVISIÓN SOCIAL PARA ABOGADOS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES, SIENDO VÁLIDAS TODAS LAS NOTIFICACIONES QUE EN ÉL SE CURSEN.

CALLE: **DR CHAVARRI**

N°: **457**

TORRE/BLOQUE

PISO

DPTO.

BARRIO PRIVADO / COUNTRY:

LOCALIDAD: **GRAL.VILLEGAS**

PARTIDO:

PROVINCIA: **BUENOS AIRES**

C.P.: **6230**

TELÉFONO: ( ) -

CELULAR: **54 (11) 15 - 6448-7166**

E-MAIL:

**gaston\_pratto@hotmail.com**

**DOMICILIO LEGAL**

Estudio Profesional en Provincia de Buenos Aires (Art. 6° inc. 4 Ley 5.177)

CALLE: **DR CHAVARRI**

N°: **457**

TORRE/BLOQUE

PISO

DPTO./OF.

LOCALIDAD: **GRAL.VILLEGAS**

PARTIDO:

PROVINCIA: **BUENOS AIRES**

C.P.: **6230**

TELÉFONO: ( ) -

CELULAR: **54 (11) 15 - 6448-7166**

E-MAIL:

**gaston\_pratto@hotmail.com**

**DOMICILIO REAL**

CALLE: **MATHEU**

N°: **74**

TORRE/BLOQUE

PISO

DPTO.

BARRIO PRIVADO / COUNTRY:

LOCALIDAD: **GRAL.VILLEGAS**

PARTIDO:

PROVINCIA: **BUENOS AIRES**

C.P.: **6230**

TELÉFONO: ( ) -

CELULAR: ( ) - -

E-MAIL:

MATRICULADO EN:

(Art. 45 y concordantes  
Ley 6.716)

☐ COLEGIO PÚBLICO DE ABOGADOS DE CAPITAL FEDERAL LEY 23.187

T: F: Desde: / /

☐ CORTE SUPREMA DE JUSTICIA O CAMARA FEDERAL LEY 22.192

T: F: Desde: / /

☐ REGISTRO DE PROCURADORES CORTE SUPREMA DE JUSTICIA DE  
LA NACIÓN LEY 10.996

T: F: Desde: / /

☐ OTRO:

T: F: Desde: / /

Sr./a. Afiliado/a si a la fecha de matriculación usted tiene más de 50 años de edad queda encuadrado/a en el marco del art. 41 y sstes. de la ley 6716 t.o. 1995. Al respecto **debe someterse a un examen médico.**

Este trámite tiene por objeto determinar si a la fecha de su afiliación a la Caja se encuentra afectado/a o no por alguna causa de incapacidad para el desempeño profesional, anterior a su inscripción en la matrícula provincial. En caso positivo, queda excluido/a de estas coberturas. La exclusión es de carácter específico, es decir, vinculada con la eventual causal de incapacidad que se diagnostique. El examen médico es obligatorio, y si no se lo efectuare, quedaría excluido/a de los beneficios de ley, la **Jubilación Extraordinaria por Incapacidad**, prevista en el articulado legal antes citado y, reglamentariamente, el **Subsidio por Incapacidad Total y Transitoria para el ejercicio profesional**.

Antes de la realización del examen es necesario que usted nos envíe a esta Sede, (o presente en cualquier Delegación de esta Caja), la siguiente documentación:

**Generales:**

- 1) Radiografía de tórax (frente)
- 2) Examen cardiovascular con prueba de esfuerzo
- 3) Análisis:

a) Hemograma	d) Glucemia	g) Hepatograma completo
b) Eritrosedimentación	e) Perfil Lipoproteico Básico	h) Orina completa
c) Uremia	f) Creatinina	

- 4) Declaración jurada de salud (deberá retirar dicho formulario en Sede Central o en cualesquiera de las Delegaciones).
- 5) Historia Clínica donde consten las patologías que padece y los tratamientos que recibe, o certificado de buena salud en caso de no padecer enfermedad alguna. Las certificaciones deberán constar con la firma y el sello del médico que las expide.
- 6) Particulares:

Hombre:

1) Antígeno prostático

Mujer:

1) Examen Mamario (Mamografía)

2) Examen Ginecológico (Papanicolau)

Los estudios precitados deberán presentarse dentro de los 30 días hábiles contados desde la fecha de matriculación, atento la trascendencia de los beneficios en consideración. **El plazo indicado es improrrogable, salvo razones debidamente acreditadas que esta Caja evaluará.**

Sin perjuicio de lo solicitado precedentemente, esta Caja se reserva el derecho de solicitar otro tipo de estudio.

**QUEDA USTED DEBIDAMENTE NOTIFICADO/A.**

Declaro bajo juramento la siguiente dirección de correo electrónico, con los efectos del domicilio constituido, a los fines de la notificación de la resolución que se adopte en el trámite del art. 41 de la Ley 6716 t.o. 4771/95

e-mail: **gaston\_pratto@hotmail.com**

FIRMA Y ACLARACIÓN DEL PROFESIONAL

DATOS DE FAMILIARES

CÓNYUGE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		SEXO		FECHA DE MATRIMONIO		
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			

CONVIVIENTE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		SEXO		FECHA DE INICIO		
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			

HIJOS/AS

TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		SEXO		ESTADO CIVIL		
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			
LE / LC / DNI								Nativo		Naturalizado	M	F	
								Extranjero		Por opción			

PADRE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		AMPARO ECONOM.		FECHA DE DEFUNCIÓN		
LE / LC / <div>DNI</div>	17168196	PRATTO	RUBEN OSCAR	09	09	1964	<input checked="" type="checkbox"/>	Nativo		Naturalizado	Sí	No	
								Extranjero		Por opción		<input checked="" type="checkbox"/>	

MADRE

TIPO Y N° DE DOCUMENTO		APELLIDO	NOMBRES	FECHA DE NACIMIENTO			NACIONALIDAD		AMPARO ECONOM.		FECHA DE DEFUNCIÓN		
LE / LC / <div>DNI</div>	23757521	GALLEGO	ALICIA MABEL	01	01	1974	<input checked="" type="checkbox"/>	Nativo		Naturalizado	Sí	No	
								Extranjero		Por opción		<input checked="" type="checkbox"/>	

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS EN ESTE FORMULARIO SON FIEL EXPRESIÓN DE LA VERDAD

LUGAR Y FECHA

FIRMA Y ACLARACION DEL PROFESIONAL

FIRMA Y SELLO DE QUIEN RECIBE