

ANEXO I

Buenos Aires, de de 20.....

Por la presente el/la que suscribe
Sr/a con Documento tipo ____ N°
..... comunica a ANSES que, habiendo tomado conocimiento de las
incompatibilidades establecidas en la norma pertinente, entre la prestación No contributiva
..... Beneficio N° que percibo, con
la prestación que solicito, requiero la baja del
Beneficio N°, optando por percibir la enunciada en segundo término.

Firma:

Aclaración:

.....
Firma y sello
Agente certificante

Área destinataria:	Áreas Operativas
Área emisora:	Coordinación Emisión de Normas Previsionales
Contacto:	ConsultasPrevisional@anses.gob.ar / 19141 - 19302 - 19304 - 19331 - 19333 - 19368