

TRAMITE ABSOLUTAMENTE GRATUITO

F: S14

Tucumán 2748 - S3000CAJ SANTA FE -Tel. 0342-452-1203 Bv. Oroño 482 - S2000QLT ROSARIO - Tel.0341-527-7600 www.cajadeprevisionsf.org.ar

Firma solicitante.

LEY 13.758

SOLICITUD DE ANTICIPO ENFERMEDAD ART.46 BIS

(Art. 46° BIS. Ley 13.758) (Los datos consignados tendrán carácter de declaración jurada)

Apellido y nombres: .			
D.N.I. N°:		Sexo:	Estado Civil:
Fecha de nacimiento:		Nacionalidad:	
Domicilio			
C.P Loca	ılidad:	Provincia	
Tel: Código de área:	N°	(imp	rescindible indicar un teléfono)
Nombre y apellido de	los padres:		
Nombre y apellido del	cónyuge:		
Nombre y apellido del	conviviente:		
Nombre y apellido de l	os hijos:		
Cargo que desempeña	/ ba:		
Repartición:			
Jubilado: N°	Caja otorgante:		Fecha cese:
Caja de Ahorro-Cta Sa	lario: Sucursal Bancaria	Número	
electrónico:	o las notificaciones de las resolu		3 &
(propio o de otra perso	na), consintiendo su validez y efica	icia.	
2) Por ventanilla del Nu3) Por transferencia a con	n mediante transferencia a su cuenta sa evo Banco de Santa Fe S.A. en la loca uenta bancaria de su titularidad, con tio oficial de internet del banco – hom	lidad más cercana a su domicilio presentación de constancia de o	donde exista sucursal. CBU, emitida por la propia entidad
	to, transferencia o el cobro en el banco ación puede realizarse ingresando a la p		
Localidad:		de	de
ANTE CAMBIO DE	DOMICILIO Y/O CUENTA BAN	CARIA, COMUNICARLO A	A LA CAJA A LA BREVEDAD.

Firma certificante Funcionario habilitado de esta Caja Escribano Público Autoridad Judicial o Autoridad Policial