



**Caja de Previsión y Seguridad Social
de Abogados y Procuradores de la Provincia de
Córdoba**

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba
e-mail: afiliaciones@caja-abogados.com.ar

SOLICITUD DE AFILIACIÓN

DATOS PERSONALES

Apellido y Nombre completos:

Fecha de Nacimiento:/...../..... Nacionalidad:







Documento: D.N.I./L.E./L.C. N°:..... CUIL/CUIT N°: :.....

Sexo: Estado civil:

Domicilio real.....N°: Piso:

B°:..... Ciudad: C.P.:

Tel/cel. :..... Correo electrónico:.....

Redes sociales:      

DATOS PROFESIONALES

Fecha de matriculación:...../...../..... Matrícula N°:..... Circunscripción N°:

Colegio:

Título otorgado por: Facultad: Fecha...../...../.....

Universidad:

Constituye domicilio especialN°..... piso.....

B°..... Ciudad..... CP.....

Tel/cel.: Correo electrónico:.....

DECLARACION JURADA ART. 64

“No podrá afiliarse a esta Caja ni rehabilitar su afiliación quien esté jubilado o haya cumplido la edad y servicios para obtener el beneficio previsional en otro sistema”.

Declaro bajo juramento que a la fecha no estoy jubilado/a ni en condiciones de jubilarme.-

Lugar:..... Fecha:...../...../.....

.....
Firma y aclaración