



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

Córdoba, de de

Señor Presidente de la
Caja de Previsión y Seguridad Social de
Abogados y Procuradores de la Provincia de Córdoba
S _____ / _____ D

De mi mayor consideración:

.....

Afiliado/a Nro. DNI con
domicilio en calle

Nro..... Piso.....Dpto..... Barrio.....

Teléfonose-mail.....

de la ciudad de CP comparece ante

el Señor Presidente y dice:

Que viene por el presente a solicitar **RECONOCIMIENTO DE EJERCICIO PROFESIONAL A LOS FINES DE LA APLICACION DEL CONVENIO DE RECIPROCIDAD (RESOL.363/81).**

Declaro bajo juramento que estoy afiliado a las Cajas:.....

.....
.....

..... y que gozo de los siguientes beneficios previsionales

.....
.....

Sin otro particular, saludo al Señor Presidente muy atte.

.....

Firma



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

27 DE ABRIL 842 - 5000 Córdoba – Teléfono (0351) 4235900
www.caja-abogados.org.ar

REQUISITOS

1. Completar el formulario
2. Certificado del Colegio de Abogados respecto del movimiento de la matrícula profesional de abogado/a solicitante
3. No registrar deuda de la Institución.